

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean-Édouard ROY

Interne des Hôpitaux de Paris
et de la Maternité de l'Hôpital de la Charité

**LES COLLECTIONS SUPPURÉES
DE LA PAROI UTÉRINE
ET LEUR TRAITEMENT**

Président : M. RECLUS, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHTER
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
	POZZI
Clinique gynécologique.	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.	ALBERT ROBIN
Clinique thérapeutique.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	REITTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MES PARENTS DÉCÉDÉS

A MA VÉNÉRÉE MÈRE

Reçois, chère mère, avec l'assurance de ma vive affection, mes remerciements pour les soins dévoués dont tu m'entouras toujours, voulant suppléer à l'absence d'un père trop tôt enlevé à notre affection.

A MES DÉVOUÉES TANTES

MESDEMOISELLES MARIE ET ESTELLE ROY

Je suis heureux, chères tantes, de vous dédier ce modeste hommage en reconnaissance des bienfaits dont vous m'avez comblé et en souvenir des études que j'ai pu faire grâce à vous et pour lesquels je vous garde une profonde et affectueuse gratitude.

A MA CHÈRE FEMME

Hommage d'affection.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE CHANOINE GOMBAULT

Docteur en Philosophie

Remerciements pour ses leçons et ses conseils.

A MES PARENTS ET AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL RECLUS

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Commandeur de la Légion d'honneur

*Daignez agréer, Cher Maître, mes
respectueux remerciements pour
l'enseignement que vous m'avez
donné pendant l'année où je fus
votre interne et pour le nouvel
honneur que vous me faites en ac-
ceptant la présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔPITAL DE TOURS

M. LE PROFESSEUR LAPEYRE, externat 1904-1905

MM. LES PROFESSEURS ET DOCTEURS : WOLFF, GRANDIN
(*in memoriam*), PITARD, JAVILIER, BARNSBY, TIL-
LAYE, LE DOUBLE (*in memoriam*), BODIN, THO-
MAS, MERCIER, MEUNIER, GUIBAUD, THIERRY,
BAUDOIN.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat :

MM. LE DOCTEUR GUILLEMAIN, chirurgien des Hôpitaux
(Saint-Louis, 1906-1907).

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLAIN, médecin des
Hôpitaux (Laënnec, 1907).

LE DOCTEUR HUCHARD, médecin de l'Hôpital Necker
(*in memoriam*) (1907).

LE PROFESSEUR CHANTEMESSE, médecin de l'Hôtel-
Dieu (Bastion 29, 1907-1908).

LE DOCTEUR MILIAN, médecin des Hôpitaux (Bastion 29,
1907-1908).

LE DOCTEUR RAVAUT, médecin des Hôpitaux (Andral,
1908-1909).

LE DOCTEUR PICQUÉ, chirurgien de l'Hôpital Laribois-
sière (1909-1910).

LE DOCTEUR BAUDET, chirurgien de l'Hôpital Saint-
Louis (Lariboisière, 1909-1910).

Internat :

MM. LE PROFESSEUR RECLUS, chirurgien de l'Hôtel-Dieu
(1910-1911).

LE PROFESSEUR BROCA, chirurgien de l'Hôpital des
Enfants-Malades (1911-1912).

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL, chirurgien de l'Hôpi-
tal Saint-Louis (1912).

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESCOMPS, chirurgien des
Hôpitaux (Saint-Louis, 1912).

LE DOCTEUR TISSIER, accoucheur de la Charité (1912-
1913).

LE DOCTEUR PICQUÉ, chirurgien de l'Hôpital Lariboi-
sière (1913-1914).

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRÉGOIRE, chirurgien des
Hôpitaux (1913-1914).

A MES AUTRES MAÎTRES

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS, CHIRURGIENS ET ACCOUCHEURS
DES HOPITAUX, CHEFS DE CLINIQUE OU ASSISTANTS :
ANSELME SCHWARTZ, MOCQUOT, COUVELAIRE,
CHIFOLIAU, PIQUAND, KENDIRDJY, RAYMOND
FRANÇAIS.

A MM. LES DOCTEURS DEGLOS, LINÉ, MILHIT, VIL-
LANDRE, BARBET, PAILLARD.

LES COLLECTIONS SUPPURÉES DE LA PAROI UTÉRINE ET LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

Les abcès non miliaires de l'utérus sont excessivement rares. C'est pourquoi ils ont été peu étudiés.

Déjà au xviii^e siècle, Mauriceau, Lamotte, van Swieten, Bajon en rapportent quelques cas, d'ailleurs très discutables.

Au siècle suivant, certains auteurs les décrivent avec plus ou moins de détails et nous devons spécialement mentionner l'article de Murat dans *le Dictionnaire des Sciences médicales* de 1819, la description de Lisfranc, celle de Chassaignac dans son *Traité de la suppuration* (1859) et celle de Hervieux (1870).

Ces trois derniers auteurs ont fort bien distingué les supurations diffuses de l'utérus et les abcès miliaires, des collections suppurées dont nous envisageons seule l'étude ici.

Depuis, l'existence de ces abcès a été mise en doute par certains auteurs tels que Fritsch et M. P. Delbet.

Cependant, dans ces dernières années, il a été publié un certain nombre d'observations (Otto Franqué, Mercadé, Noble, Pichevin, A. P. Sauvé, Picqué, Brindeau, etc...) et

dans cette thèse nous rapportons quelques cas inédits d'abcès localisés indiscutables.

Nous nous sommes surtout attaché, dans ce court travail, à discuter l'opportunité du traitement. Tandis que certains auteurs traitent ces abcès par l'hystérectomie, d'autres préfèrent la simple incision avec drainage. Après avoir comparé les divers traitements mis en œuvre dans les observations que nous avons réunies, nous sommes arrivé à cette conclusion que le traitement de l'abcès utérin doit varier avec les cas rencontrés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'envisageons dans cette courte étude que les collections du parenchyme utérin, éliminant les suppurations diffuses et les abcès miliaires.

La plupart des auteurs, après Chassaignac et Lisfranc, admettent aujourd'hui l'existence des collections suppurées de la paroi utérine. Cependant un certain nombre discute la réalité de ces abcès. C'est ainsi que le professeur P. Delbet dit qu'il faut insister sur ce fait « que les inflammations du parenchyme musculaire (de l'utérus) ne sont pour ainsi dire jamais suppuratives » et rapporte que, d'après Fritsch, « on a décrit comme abcès de l'utérus des fibromyomes gangrenés, ou encore des œufs de Naboth plus ou moins altérés, si bien qu'il n'y a peut-être pas un seul cas authentique d'abcès de l'utérus ».

Il y a pourtant déjà longtemps que Lisfranc avait constaté des foyers de suppuration entourés de tissu utérin parfaitement sain, contrairement à l'opinion de Fritsch que les prétendus abcès utérins ne sont que des collections péri-utérines.

Nous avons constaté de visu à l'opération d'abord, sur un

utérus enlevé par l'hystérectomie ensuite, la présence d'abcès très nettement situés dans le parenchyme musculaire de l'utérus.

Le volume de ces abcès est très variable.

D'après MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, leur volume varierait de celui d'une noisette à celui d'une pièce de 2 fr. Pour MM. Bar et Jeannin, ils pourraient atteindre le volume d'une grosse noix. C'est ce volume qu'atteignaient les abcès que nous avons vus. Mais, ils peuvent atteindre de bien plus grandes dimensions. Lisfranc a vu deux abcès atteignant le volume de la moitié du poing. Hervez de Chégoin rapporte un cas de d'abcès utérin atteignant les dimensions d'un utérus gravide de 5 mois.

Le nombre des abcès est également variable. Leur nombre est généralement, comme le fait remarquer Chassaignac, en raison inverse de leur volume. Le plus souvent, ils sont uniques. Sur une statistique de 18 cas, Noble a trouvé 12 abcès uniques, 3 fois l'utérus présentait deux abcès ; dans les 3 autres cas les abcès étaient plus nombreux et un utérus contenait 10 et un autre 20 abcès. Mais ces derniers cas doivent vraisemblablement être des abcès miliaires, dont nous n'envisageons pas l'étude ici.

Sauvé rapporte 11 cas d'abcès uniques, 4 cas d'abcès doubles, 4 d'abcès multiples.

La multiplicité est fréquente dans les abcès tuberculeux (cas de Guzzo). Cependant il peut y avoir un abcès tuberculeux unique (observation de Letulle).

La question du nombre des abcès utérins n'a pas seulement un intérêt de curiosité. Elle a une réelle importance pour le traitement opératoire, car c'est parfois la multiplicité

des abcès qui indiquera la nécessité de faire une hystérectomie plutôt que la simple incision de l'abcès.

Sur 66 cas d'abcès de l'utérus dont nous avons recueilli les observations, il existe :

Abcès non tuberculeux (62 cas):

1 seul abcès utérin.....	38 fois
2 abcès.....	5 fois
3 abcès.....	2 fois
Abcès multiples (sans indication du nombre).....	7 fois
1 abcès avec infiltration purulente de l'utérus.....	1 fois
1 collection + 4 abcès miliaires.....	1 fois
Nombre non indiqué (un ou plusieurs)..<	8 fois

Abcès tuberculeux (4 cas):

1 seul abcès utérin.....	3 fois
Abcès multiples.....	1 fois

D'après cette statistique, on aurait affaire à une collection suppurée unique dans près des deux tiers des cas (41 sur 66.) On pourrait en tirer cette conclusion que l'incision de l'abcès sera le plus souvent la technique opératoire de choix. Mais, nous verrons que, malheureusement, ces abcès uniques de l'utérus sont très souvent accompagnés d'autres lésions utéro-annexielles qui commanderont l'hystérectomie.

Les abcès de l'utérus peuvent siéger en tous les points de cet organe. Généralement ils siègent sur le corps. J.-L. Championnière en a rencontré à l'union du corps et du col; Ashford, à la lèvre postérieure du col; Fritsch en a également vu sur le col.

Pour Mercadé, le siège de prédilection est au niveau des cornes utérines « qu'il s'agisse d'abcès post-puerpéraux ou post-abortiques, streptococciques ou gonococciques, voire même tuberculeux ». Cet auteur se base sur ce siège pour fonder une théorie pathogénique.

Noble admet que la région du fond est le siège habituel des collections suppurées de la paroi utérine. Sur 17 cas rapportés par cet auteur, douze fois l'abcès est situé à la face postérieure près du fond ; les autres abcès, sauf un qui siège sur le col, sont à proximité du fond.

Sauvé rapporte également 16 cas, dont un seul n'est pas situé sur le fond ou près du fond.

En réalité, les abcès de la paroi utérine ont pour siège, dans la majorité des cas, la face postérieure, le fond ou la région des cornes, mais on peut les trouver dans toutes les parties de l'utérus.

Dans les observations rapportées à la fin de cette thèse, on constate que les abcès sont situés :

Paroi postérieure.....	12 fois
Région du fond.....	8 »
Paroi postérieure, près du fond.....	1 »
Paroi antérieure.....	7 »
Dans une des faces (non précisée).....	1 »
Dans la corne utérine.....	6 »
Au-dessous de l'insertion tubaire.....	4 »
Dans le bord utérin(hauteur non précisée)	4 »
Au niveau de l'isthme.....	2 »
(dont une en avant, l'autre non précisée)	
Dans le bord utérin (segment inférieur).	1 »
Dans la lèvre antérieure du col.....	1 »

Dans la lèvre postérieure du col.....	I »
Siège non indiqué	30 »

Par rapport à la paroi utérine, les abcès sont intraparenchymateux, en plein tissu musculaire. Exceptionnellement, ils sont sous-muqueux avec tendance à s'ouvrir dans la cavité utérine. Quant aux abcès sous-séreux, ils sont manifestement en dehors de la paroi utérine et ne peuvent donc être considérés comme **des abcès utérins**.

Cependant, un abcès de la paroi utérine, en évoluant, augmente de volume et se rapproche de plus en plus de la muqueuse ou de la séreuse et peut secondairement se mettre au contact direct d'une de ces tuniques et s'ouvrir dans un viscère voisin ou à l'extérieur.

Certains auteurs n'admettent pas qu'il existe de véritables collections de la paroi musculuse, mais des collections purulentes développées dans les sinus. Hervieux remarquant qu'en effet, on a dû souvent prendre pour abcès de la musculuse, certaines suppurations des tissus, ajoute cependant : « Il ne faut pas avoir pratiqué longtemps des autopsies de femmes en couches pour reconnaître que le tissu musculaire peut suppuer lui aussi, comme les vaisseaux qu'il renferme. Par la même raison qu'il peut présenter le premier degré de l'inflammation, c'est-à-dire l'hyperhémie, la tuméfaction, la rougeur, le ramollissement, par la même raison qu'il peut être frappé de nécrobiose et même de gangrène, il peut tout aussi bien être atteint de suppuration. »

Nous concevons néanmoins très bien que les abcès utérins peuvent compliquer les suppurations des sinus (et d'ailleurs nous rapportons quelques cas très nets d'abcès utérins

s'accompagnant de thromboses utérines ou péri-utérines), tandis que d'autres fois ils compliquent simplement l'endométrite. Dans ce cas, ils peuvent siéger dans les vaisseaux lymphatiques; J.-L. Championnière a voulu voir des suppurations des vaisseaux lymphatiques dans tous les abcès de l'utérus. Cette doctrine trop absolue n'est pas en harmonie avec la généralité des faits.

Quoi qu'il en soit, que l'abcès siége dans le muscle, dans un sinus, dans un lymphatique, il n'y a là qu'un intérêt anatomique et étiologique sans influence sur le traitement.

Généralement, l'abcès utérin s'accompagne d'une augmentation de volume de l'utérus, mais ce n'est pas une règle absolue. Nous publions ici une observation personnelle d'abcès double de l'utérus avec utérus de volume à peu près normal. L'augmentation peut être très marquée : volume du poing (cas Augustein). L'utérus peut être œdématié.

Hervez de Chégoin a vu un épaissement énorme des fibres charnues de l'utérus autour de l'abcès dans un cas datant de huit mois.

A l'ouverture de l'utérus, on constate que la paroi de l'abcès est constituée par le parenchyme musculaire, quelquefois en partie par la séreuse ou la muqueuse. Quand il est d'origine vasculaire, la paroi lisse d'un vaisseau constitue la poche.

Petit et Pichevin ont décrit une cavité tomenteuse, irrégulière, d'aspect grisâtre formée par le tissu utérin.

Nous avons vu une cavité d'abcès lisse, régulière, fibreuse.

Madlener faisant un examen histologique reconnaît une infiltration très abondante de cellules rondes entre les fibres

musculaires, le long des vaisseaux ; on y trouvait des cellules ressemblant à des cellules épithélioïdes, des leucocytes polynucléaires, des mastzellen.

Le contenu de l'abcès est généralement du pus bien lié, de quantité variable, crémeux ; parfois il est d'apparence sphacélique ; dans l'abcès d'origine tuberculeuse, on trouve de la matière caséuse.

Outre les lésions de l'utérus, il existe souvent d'autres manifestations inflammatoires qui nécessitent une intervention plus complète que la simple incision de l'abcès.

Fréquemment, on constate la présence de lésions annexielles graves ; salpingite suppurée uni ou bilatérale.

Autour de l'abcès, l'utérus est congestionné, œdématié, et même dans les abcès localisés, comme dans toutes les collections pelviennes, le péritoine de la région est épaissi, enflammé, et on peut voir des adhérences aux organes voisins, et particulièrement au rectum, compliquer l'intervention.

Ces adhérences pourront cloisonner le bassin et localiser un abcès ouvert dans la cavité péritonéale ou être cause de son ouverture secondaire dans le viscère adhérent.

Si la malade n'est pas emportée par la septicémie rapide, la suppuration pourra s'étendre, donnant des péritonites suppurées, localisées ou généralisées, promptement mortelles, pelvi-péritonite, abcès de la fosse iliaque simulant l'appendicite, phlegmon du ligament large.

L'ouverture se fait également dans la cavité utérine, mais ce n'est pas toujours un mode spontané de guérison, le drainage naturel étant, dans ce cas, parfois insuffisant.

Enfin ils peuvent s'ouvrir à la paroi, en des points variables.

Dans les abcès d'origine tuberculeuse, le péritoine peut ne pas réagir, mais, en général, il y a des lésions multiples de l'utérus : ulcérations de la muqueuse utérine, fongosités qui, le plus souvent, s'étendent à la presque totalité de la cavité.

Les autres organes génitaux présentent des manifestations tuberculeuses. Il est rare que l'utérus soit seul atteint de tuberculose. D'une statistique de Brouardel sur la tuberculose génitale de la femme, nous relevons les cas où il y a atteinte de l'utérus (il ne s'agit d'ailleurs pas spécialement d'abcès, mais de lésions tuberculeuses quelconques) et nous voyons que :

L'utérus est seul atteint.....	5 fois
L'utérus et les trompes.....	8 —
L'utérus, les trompes et les ovaires.....	6 —
L'utérus et les ovaires.....	3 —
L'utérus, les trompes et le vagin.....	1 —
L'utérus et le vagin.....	1 —

D'autre part le même auteur signale que sur 45 cas de tuberculose génitale, il y avait :

Propagation au péritoine.....	22 fois
Dégénérescence des ganglions mésentériques.....	6 —
(Ce chiffre d'après Brouardel serait inférieur à la vérité).	
Lésions pleuro-pulmonaires.....	40 —
Lésions intestinales.....	6 —
Lésions rénales.....	3 —
Coxalgie.....	2 —
Carie vertébrale	1 —
Carie costale.....	1 —
Localisations méningo-cérébrales.....	11 —

Dans un cas, Cornil a constaté la généralisation tuberculeuse.

Nous verrons que la multiplicité et la gravité des lésions qui accompagnent l'abcès utérin tuberculeux jouent un rôle sur le choix du traitement à lui appliquer.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les collections suppurées de la paroi utérine sont très rares, ce qui explique que certains auteurs n'admettent pas leur existence.

Ces abcès surviennent à différents âges. Mais, le plus souvent d'origine puerpérale, ils apparaissent de préférence pendant la vie génitale de la femme. On peut en constater l'existence chez de jeunes filles vierges, particulièrement au cas d'abcès tuberculeux ; ils peuvent survenir, au contraire, chez certaines femmes âgées ; tel est le cas, cité par Mercadé, chez une femme de soixante-et-un ans.

Presque toujours les collections suppurées du parenchyme utérin sont des abcès chauds succédant à des métrites aiguës.

Ils peuvent exister en dehors de la puerpéralité, mais c'est une extrême rareté. Howship a publié un cas d'abcès contenant plus de 30 grammes de pus, développé dans les parois utérines à la suite d'une phlegmasie. Scanzoni a cité un cas analogue. Bird déclare avoir rencontré un abcès utérin. L'examen *post mortem* montra que l'utérus n'était pas gravide.

Les abcès à gonocoques succèdent généralement à l'accouchement. Cependant la blennorrhagie peut causer des abcès utérins en dehors de la puerpéralité. C'est ainsi que

Menge a rapporté une observation d'abcès à gonocoque survenu six semaines après le coït infectant.

Quoi qu'il en soit, les métrites qui précèdent les abcès utérins sont, dans la grande majorité des cas, liées à la puerpéralité ou à l'avortement. Ils apparaissent pendant les jours qui suivent la délivrance, au début du second septénaire, dit Murat, quoique, rarement, on ait constaté leur présence au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

Les infections génitales antérieures à l'accouchement ou l'avortement jouent un rôle important, et, en première ligne, il faut citer la blennorragie.

Il est très fréquent de noter dans l'étiologie des collections suppurées de la paroi utérine, la pratique et parfois la répétition de manœuvres variées avant le début de l'accouchement ou au cours de cet accouchement et de la délivrance : (touchers répétés, dilatation artificielle, version, forceps basiotripsie, délivrance artificielle). Il est plus difficile de relever l'existence de manœuvres avant l'avortement, mais on doit aussi les supposer dans les cas d'abcès *post-abortionum*.

Il faut signaler, à côté du traumatisme obstétrical, les traumatismes opératoires ou autres qui ont pu être cause d'abcès utérin : malade opérée pour un prolapsus et qui présentait des ulcérations du col (Küstner), dissection bilatérale du col (Fritsch).

Kuss incrimine une prédisposition spéciale aux abcès utérins : infection secondaire d'hématomes dus à des déchirures ou ruptures musculaires.

Mercadé pense que les abcès de l'utérus peuvent être consécutifs aux kystes de cet organe et, dans la formation de ces kystes, il fait jouer un rôle aux débris embryonnaires

wolffiens et plus rarement mullériens. Il est possible, en effet, que certains abcès de l'utérus soient dus à la suppuration de kystes embryonnaires, mais nous ferons remarquer que ces kystes qui, suivant Mercadé lui-même, sont surtout d'origine wolffienne, ont pour siège la portion sus-vaginale du col surtout, et, moins fréquemment, les bords de l'utérus, principalement au niveau des cornes.

Or, nous verrons que, dans la plupart des observations, on trouve les collections suppurées du parenchyme utérin dans la région du fond et, souvent, sur les faces de l'utérus, localisations qui ne sont point celles des kystes wolffiens.

Nous savons cependant que les kystes mullériens peuvent séjurer dans le parenchyme de ces régions, mais il serait étrange que ces kystes, plus rares que les kystes wolffiens, soient ceux qui donnent le plus souvent naissance aux abcès du parenchyme utérin.

Nous pouvons donc admettre l'origine embryonnaire de certains abcès consécutifs aux kystes, mais nous ne pouvons généraliser cette origine.

D'ailleurs l'existence de ces kystes embryonnaires n'est pas indiscutable et si Klein et Recklinghausen les considèrent comme des kystes wolffiens, Kossmann comme des kystes mullériens, Pick, Meyer, Blount comme des invaginations fœtales de l'épithélium péritonéal, Chiari, Schauta, Gottschalk, Opitz, Ribbert, Franqué les considèrent comme des formations inflammatoires.

Signalons les autres kystes très rares de l'utérus susceptibles de s'enflammer et de suppurer.

Les œufs de Naboth ou kystes folliculaires du col, pour

Fritsch, seraient, avec les fibromes gangrenés, les seules causes d'abcès utérins.

Nous ferons remarquer que les œufs de Naboth, grâce à leur situation, ne pourraient donner naissance qu'aux abcès du col, les plus rares.

Les kystes muqueux n'apparaissent guère qu'après la ménopause, ce qui ne cadre pas avec l'époque habituelle d'apparition des abcès.

On ne signale pas de cas d'abcès utérin dû à la suppuration d'un kyste hydatique. Sur 18 observations de kystes hydatiques de l'utérus que nous avons lues, aucune ne s'est terminée par suppuration quoique deux aient coïncidé avec une grossesse (Gunzburg, Tissier et Desfosses), la dernière de ces observations signalant d'ailleurs la rupture utérine.

D'autre part, comme l'a dit Devé, « les kystes hydatiques des organes pelviens sont le plus souvent secondaires. Les kystes primitifs constituent l'exception ». C'est dire que si un abcès utérin eût été dû à la suppuration d'un kyste hydatique, on aurait vraisemblablement relevé la coexistence d'un abcès du foie ou d'un autre organe, ce qui n'est mentionné dans aucune observation.

D'autres kystes exceptionnels de l'utérus peuvent être l'origine d'une suppuration localisée, (kystes sanguins).

Mercadé rejette l'existence des kystes dermoïdes de l'utérus. Cependant Pettit et Pichevin ont publié une observation, que nous rapportons, d'abcès de l'utérus coexistant avec deux kystes dermoïdes suppurés du même organe. Il est possible, et on peut supposer, que l'abcès n'était lui-même qu'un kyste dermoïde dont la suppuration était plus avancée, d'autant

que l'histoire clinique de cette malade remontait à plusieurs années.

Le rôle des kystes dans l'étiologie des collections suppurées du parenchyme utérin doit être assez restreint.

Mais, d'autres tumeurs prédisposent certainement aux abcès. C'est particulièrement le cas du fibrome qui suppure surtout au cours de la grossesse ou dans les suites de couches ou d'avortement. Nous avons déjà rappelé l'opinion de Fritsch qui pense que les abcès de l'utérus ne sont que des œufs de Naboth dégénérés ou des fibromes gangrenés. Il y a là une évidente exagération; mais il n'en est pas moins vrai que certains fibromes peuvent suppurer et donner lieu ainsi à des abcès du parenchyme utérin. Nous en avons d'ailleurs recueilli quelques observations dans la littérature médicale.

A.-P. Sauvé pense que l'agent infectieux est porté directement au point où se développera l'abcès. Si cette étiologie peut parfois être invoquée, on doit reconnaître qu'il n'en peut être toujours ainsi, par exemple dans les abcès utérins des filles vierges.

Dans la majorité des cas, quelles que soient les causes prédisposantes anatomiques ou personnelles, que la métrite causale soit puerpérale (c'est la règle), ou non (c'est l'exception), l'abcès surviendra par propagation de l'inflammation endométritique, souvent à la faveur d'une plaie utérine, (mais pas toujours comme le pense Mercadé), par voie veineuse ou par voie lymphatique.

Bernutz et J.-L. Championnière en font dans tous les cas des abcès des lymphatiques. « On peut rencontrer dans la paroi de la matrice, dit Championnière, tous les intermédiaires entre les lymphatiques dilatés par le pus et ce qu'on

appelle les abcès de l'utérus : vaisseau bosselé, dilaté ; vaisseau oblitéré en deux points rapprochés, distendu et déformé par le pus ; amputule volumineuse enfin, dont l'origine ne peut être rapportée à un vaisseau lymphatique, qu'à cause de certains caractères. »

Malgré l'autorité de ces auteurs, la présence, dans certains cas, de phlébite et de thrombose utérines, sont bien en faveur également d'une origine veineuse.

Quelquefois les abcès utérins sont de véritables thrombosinuites suppurées. Andérodias et Loubat ont trouvé chez la même malade, 3 abcès utérins et de la thrombo-phlébite des veines épigastriques, utérines, utéro-ovariennes, du ligament rond et du plexus hypogastrique du côté droit.

Les abcès secondaires, propagés par voie sanguine, sont des plus rares. Le plus souvent, ce sont des abcès tuberculeux.

Les abcès tuberculeux surviennent dans nombre de cas, sans qu'il y ait aucune lésion de la muqueuse. Cornil a vu des follicules tuberculeux du tissu conjonctif « sans que l'épithélium soit tombé ». Dobroklonsky a fait des expériences qui concordent avec les constatations de Cornil.

Cornil et Dobroklonsky ont démontré qu'il était possible que l'infection tuberculeuse, dans des cas semblables, se fit par voie vaginale. C'est cette voie vaginale de l'infection utérine qu'admettaient Verneuil, Hegar et Spaeth. Mais, M. le professeur Reclus a montré depuis longtemps (1885), que les tuberculoses génitales reconnaissent le plus souvent pour cause une auto-inoculation, et, de fait, on ne peut admettre un contagement tuberculeux direct dans les cas d'abcès utérins rapportés par Letulle et Ancarani chez deux filles vierges.

Nous n'insistons pas sur les abcès propagés par continuité d'une suppuration voisine.

Les microbes les plus souvent rencontrés dans les collections suppurées de la paroi utérine, sont le streptocoque, le staphylocoque et le gonocoque. L'abcès tuberculeux est généralement stérile. On a parfois rencontré plusieurs espèces microbiennes.

SYMPTOMES

Les symptômes qui attirent l'attention sont généralement la douleur ou l'intensité des phénomènes généraux.

Dans le cas le plus fréquent, d'abcès puerpéral, ces phénomènes surviennent dans les jours qui suivent l'accouchement, au début du deuxième septénaire, dit Murat. Dans la plupart des observations que nous avons eues sous les yeux, les symptômes sont apparus très rapidement : température élevée à 39 ou 40 degrés, après un accouchement ou un avortement. *Pouls rapide* 100-140, facies terreux, conjonctives subictériques, sueurs profuses la nuit, quelquefois apparition d'herpès labial, vomissements, nausées.

Fréquemment, de petits frissons se répètent pendant plusieurs jours. La douleur apparaît dans l'hypogastre, soit rapidement, soit au bout d'un temps plus ou moins long (treizième jour, obs. de Sauvé).

L'examen de l'abdomen montre qu'il est généralement souple, en dehors de toute complication telle que l'ouverture dans la cavité péritonéale. L'utérus, après l'accouchement, est resté gros et mou. La pression sur cet organe exercée à travers la paroi abdominale provoque de la douleur.

Cette douleur peut être pendant un certain temps le seul symptôme d'abcès utérin et Schwartz a rapporté l'observa-

tion d'une femme atteinte de lésions bilatérales des annexes et qui présentait un point douloureux très nettement localisé au fond de l'utérus par le palper uni ou bimanuel. L'intervention montra que cette douleur était due à la présence d'un abcès du fond de l'utérus et correspondait exactement au siège de cet abcès. Déjà Murat avait attiré l'attention sur la localisation de la douleur qui serait, dit-il, circonscrite autour des foyers purulents : « Une douleur fixe qui répond au pubis, à la vessie et augmente par l'émission des urines, indique que l'abcès se trouve à la partie antérieure de l'utérus ; la douleur répond au rectum et s'accroît lorsque la femme se livre à des efforts de défécation, si le foyer est situé à la face postérieure de l'utérus ; une douleur pongitive entre le pubis et l'ombilic fait pressentir que le foyer occupe le fond de l'organe. »

Signalons en outre la dysurie, spécialement dans les abcès, voisins de la vessie et, dans les abcès voisins du rectum : la diarrhée ou la constipation, quelquefois des alternatives de diarrhée et de constipation.

Le ténesme rectal ou vésical est un signe fréquent.

Parfois ce sont surtout les phénomènes généraux qui attirent l'attention : prostration très marquée avec parfois température peu élevée et grande rapidité du pouls, comme dans l'observation de Brindeau.

On peut voir, au contraire, les phénomènes généraux s'apaiser. Après avoir été bruyants pendant un temps plus ou moins long, ils diminuent et, en particulier, la fièvre tombe. Mais la douleur persiste et déjà van Swieten attachait une réelle importance à sa persistance : *Si dolor circa uterum maneat pertinax, absque signis pessimis, suppuratio uteri*

expectanda est. Quoique la tension hypogastrique diminue, il persiste un léger ballonnement et presque toujours de l'empâtement abdominal (Murat).

La douleur peut augmenter, se manifester par des élancements qui ont une intensité d'autant plus forte que la cavité augmente, tiraillant ainsi les parois.

Enfin, certains abcès ont dès le début une allure torpide : tels sont les abcès tuberculeux ou les abcès consécutifs à une métrite chronique. Dans ces cas, on peut noter une plus grande abondance des menstrues, (Grammatikat). Parfois, au contraire, on en constate la diminution, signe peu important d'ailleurs, car, comme le fait remarquer Brouardel, la cessation de la fonction menstruelle, en dehors de tout abcès, est quelquefois le premier signe de la phthisie.

Les signes physiques des abcès utérins sont variables avec leur volume, leur siège, etc.

En pratiquant l'examen au spéculum, on peut voir la saillie constituée par un abcès de la portion vaginale du col, ou constater un œdème symptomatique du museau de tanche (observation d'Ashford).

Le toucher permet de sentir la mollesse et la *béance du col* (Picqué). Ce signe a une réelle valeur et si, après un curetage complet, il persiste des phénomènes généraux avec persistance de la béance du col, on pourra penser à la possibilité d'une collection suppurée de l'utérus.

Le toucher permet encore de sentir quelquefois la *vousure* et la fluctuation d'un abcès de la portion vaginale.

Le toucher intra-utérin, lorsqu'il peut être pratiqué, permet aussi quelquefois de sentir cette saillie et cette fluctua-

tion dans certains abcès sous-muqueux ou rapprochés de la muqueuse (cas de Budin).

Dans la majorité des cas, c'est l'exploration bimanuelle qui fait constater la présence, en arrière de l'utérus ou latéralement, d'une masse fluctuante, bombant dans le cul-de-sac postérieur et faisant corps avec l'utérus qui est parfois légèrement déplacé par la tumeur. Cette masse est d'ailleurs souvent confondue avec un pyosalpinx.

On constatera en même temps l'augmentation parfois très grande du volume de l'utérus.

ÉVOLUTION. — COMPLICATIONS. — PRONOSTIC

Abandonné à lui-même, l'abcès utérin va se développer et chercher à s'ouvrir.

L'ouverture spontanée pourra se faire dans la cavité utérine et ce sera parfois un mode de guérison naturel comme chez la malade de Budin. Cependant, l'ouverture spontanée pourra être insuffisante pour permettre le drainage de l'abcès et il sera parfois nécessaire de la compléter.

L'ouverture spontanée peut encore se faire dans un organe voisin (vessie, rectum) ou à la peau.

L'ouverture dans le rectum s'accompagne de diarrhée profuse. Ce peut être parfois un mode de guérison, mais en général, cette ouverture n'est pas suffisante.

L'ouverture dans la vessie se manifeste par une dysurie plus marquée et de la pyurie. Elle est d'un pronostic grave, mais pas fatalement mortel.

Le pus peut encore se faire jour à la peau, dans les régions iliaque, inguinale, ombilicale, fessière (?).

La rupture de l'utérus a causé la mort de la malade de Guzzo.

Ces cas d'ouverture spontanée sont en somme la minorité. Plus souvent la septicémie emporte la malade, ou bien la suppuration s'étend, donnant lieu à des péritonites suppurées,

localisées ou généralisées : pelvi-péritonites, abcès de la fosse iliaque, phlegmon du ligament large. La salpingite peut accompagner l'abcès utérin. L'abcès utérin prédispose à la perforation de l'utérus. La mort peut être due à des métastases ou à l'hecticité consécutive à une longue suppuration, surtout s'il survient une infection purulente tardive de tout l'utérus.

Le pronostic est donc très grave. Les auteurs admettent que 75 o/o des cas non opérés se terminent par la mort. Il nous paraît bien difficile d'établir une statistique, car il est évident que beaucoup d'abcès entraînent la mort sans avoir été diagnostiqués et sans que l'autopsie montre leur présence. Aussi, croyons-nous la mortalité plus élevée dans les cas abandonnés à eux-mêmes.

En dehors de l'ouverture spontanée la guérison est-elle possible ?

Il est bien difficile de répondre à cette question, car le diagnostic de la collection de la paroi utérine étant à peu près insoluble, on n'a vraisemblablement jamais pu affirmer la présence d'un de ces abcès, ailleurs que sur la table d'opération ou la table d'autopsie. Mais, en comparant avec ce que nous savons des autres collections suppurées et, en particulier, des collections du petit bassin telles que le pyosalpinx, nous devons penser que si cette guérison peut être parfois possible, comme celles de certaines petites salpingites curables par les injections rectales chaudes, préconisées par M. le professeur Reclus, cette guérison de l'abcès utérin doit être, si toutefois elle existe, une rareté sur laquelle on ne peut compter.

En tous cas, nos moyens d'investigation ne nous permet-

tant pas d'affirmer par la seule clinique la présence des abcès utérins, nous n'avons aucune base pour pouvoir en constater la guérison.

MM. Bar et Jeannin indiquent une mortalité de 65 o/o dans les cas traités par une intervention, et ils n'envisagent que l'hystérectomie.

En réalité, le pronostic opératoire est moins sombre, surtout dans les cas simples traités par la simple incision avec drainage (voir observations et statistique opératoire).

Le pronostic des abcès utérins tuberculeux est particulièrement sombre. Nous avons vu que ces abcès s'accompagnent le plus souvent de lésions graves et multiples de l'utérus et des annexes. Mais, ils tirent surtout leur gravité des localisations tuberculeuses, pulmonaires et autres, parfois de la généralisation tuberculeuse, et si l'abcès utérin est en lui-même d'un pronostic immédiat moins rapidement mortel que les abcès aigus, il est cependant plus grave en raison des accidents à distance qui déterminent presque fatalement la mort (tuberculose généralisée, tuberculose pulmonaire, méningite, etc.).

DIAGNOSTIC

Le peu de netteté des symptômes des collections purulentes de la paroi utérine fait comprendre la difficulté du diagnostic.

En présence des symptômes généraux et locaux habituels, on porte le diagnostic de collection purulente pelvienne d'origine puerpérale ; on constate généralement la présence de cette collection qu'on suppose juxta-utérine et qu'on prend pour un pyosalpinx. Ce diagnostic faux est en somme logique, vu la rareté des abcès utérins et la grande fréquence des annexites *post-partum* et *post-abortionum*. On peut cependant penser à la possibilité d'un abcès utérin chez une puerpérale, lorsqu'on a constaté la présence d'une *masse rénitente ou fluctuante collée à l'utérus dont le col est resté béant* et qu'il existe une *douleur persistante à la pression* de l'utérus. Ce n'est qu'au cours de l'opération que ce diagnostic sera pleinement confirmé.

Même si la collection n'est pas reconnue par le toucher et le palper combinés, on peut encore songer à la possibilité de l'abcès utérin, si après un accouchement ou un avortement des phénomènes généraux graves se manifestent, et que l'on constate la béance du col alors que le curettage pratiqué et

même répété montre la **vacuité absolue de l'utérus**. Dans ce cas, l'abcès est probable si l'**ensemencement du sang est stérile**, montrant ainsi qu'il s'agit d'une infection locale.

Scanzoni, tout en reconnaissant la grande difficulté de porter le diagnostic d'abcès utérin, le considérait comme possible « si après avoir observé les signes d'une métrite aiguë, on pouvait démontrer avec sûreté, au travers de la paroi supérieure du vagin et de la paroi antérieure de l'abdomen, la présence d'une tumeur augmentant rapidement de volume, d'abord dure, puis présentant plus tard une fluctuation ». Quant à la ponction exploratrice proposée par cet auteur, elle est à rejeter purement et simplement, comme un danger inutile.

Noble esquisse un diagnostic différentiel entre l'abcès utérin et la thrombo-phlébite des sinus qui en « différerait par une élévation brusque de la température et une chute rapide à la normale, le tout se répétant dans les vingt-quatre heures. Dans l'intervalle, la situation de la malade est satisfaisante, surtout au début. Plus tard, la température ne concorde pas avec le pouls et il y a un mauvais état général. De plus la thrombophlébite est accompagnée de cordons indurés le long de veines ». Nous ne nous arrêtons pas à ce diagnostic car les symptômes généraux d'infection ne nous semblent guère suffisants pour le supposer et c'est peut-être trop demander au palper que rechercher ces cordons indurés. D'ailleurs, ce diagnostic n'a pas un grand intérêt pratique, certains abcès utérins n'étant autre chose que des thrombophlébites suppurées. On pourra ainsi constater chez la même malade un abcès de la paroi utérine et de la thrombo-

phlébite, comme dans le cas d'Andérodias et Loubat que nous rapportons.

Il est des cas où le diagnostic est encore plus difficile, nous pourrions dire impossible, si l'attention n'est pas attirée vers les organes génitaux par l'histoire de la malade (accouchement, avortement, opération utérine), — que la malade peut cacher d'ailleurs avec intention, — par la douleur locale qui peut manquer ainsi que les épreintes, et si le toucher vaginal n'est pas pratiqué. Ce sont les cas où la suppuration s'est propagée à distance, simulant des abcès de toute autre origine. Ainsi, le diagnostic d'appendicite fut porté dans un cas de MM. Baudet et Villette, s'accompagnant de plastron iliaque. Une autre fois, un abcès utérin s'ouvrit à la région inguinale. Un cas semblable pourrait être confondu avec une adénite suppurée, une collection appendiculaire de siège anormal. Dans la région ombilicale, on pensera à un phlegmon ombilical dû peut-être à une hernie ombilicale étranglée (phlegmon stercoral). Enfin, d'après Mauriceau, mais l'observation n'est pas très probante, un abcès utérin se serait ouvert à la région fessière (?)

Il s'agit, on le voit, de cas insolubles si on ne pense pas à examiner l'état de l'utérus.

Hervez de Chégoin prit pour un kyste de l'ovaire un gros abcès ayant l'apparence d'une « tumeur placée immédiatement au-dessus du pubis et s'étendant jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur était du volume d'une grossesse de six mois, mobile, élastique et assez ferme pour laisser incertain sur la présence du liquide ».

Certains abcès ne soulèvent pas de difficultés de diagnostic. C'est ainsi que les abcès de la portion vaginale du col seront

facilement reconnus par l'examen au spéculum. L'œdème qui les accompagne les différenciera des kystes du col.

L'abcès sous-muqueux peut être confondu avec la pyométrie. Dans la pyométrie le pus s'écoule au dehors, mais il en sera de même si l'abcès s'ouvre dans la cavité utérine.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

PROPHYLAXIE

Nous avons vu que les abcès tuberculeux mis à part, l'infection déterminante des abcès utérins est grandement favorisée par le traumatisme criminel, obstétrical ou opératoire.

De cette donnée étiologique résultent des indications pour la prophylaxie de ces abcès.

Nous ne parlerons pas du traumatisme accidentel, contre lequel nous sommes impuissants. C'est d'ailleurs une éventualité exceptionnelle, si toutefois on admet son existence.

Avortement. — La meilleure prophylaxie des traumatismes criminels serait le relèvement de la morale. A défaut de moralité, il faudrait que les masses populaires fussent instruites des dangers des pratiques abortives, ce qui en pourrait diminuer le nombre. Mais puisque ces pratiques sont malheureusement si fréquentes, il faudra, en présence d'avortements, agir en vue d'éviter les accidents possibles au nombre desquels se trouve l'abcès utérin. C'est en somme contre l'infection en général qu'il faudra lutter, soit pour l'éviter, soit pour l'enrayer.

Qu'on soit appelé alors que l'avortement est seulement

commencé ou qu'il soit terminé, il faudra éviter le plus possible les examens répétés.

S'il existe de la rétention placentaire *post-abortionum*, on pratiquera, suivant les cas, l'extraction avec la pince-mouquette, le curage digital, le curettage instrumental. On fera suivre ces manœuvres d'un écouvillonnage et d'une injection intra-utérine antiseptique. S'il est nécessaire, on répètera ces injections les jours suivants.

Accouchement. — On agira d'ailleurs de même en cas de rétention placentaire *post-partum*.

Les accouchées seront éloignées de toutes personnes atteintes de fièvre d'origine puerpérale, médicale ou chirurgicale et présentant de la suppuration.

Afin d'éviter l'infection consécutive à l'accouchement, l'accoucheur ou la sage-femme le pratiqueront avec une asepsie absolue. Pourquoi ne généraliserait-on pas, si la parturiente ne s'y oppose pas, la pratique de certains accoucheurs qui rasent la vulve avant tout accouchement?

Au cours de l'accouchement, les touchers seront réduits au strict minimum.

L'asepsie sera encore de rigueur pendant les suites de couches.

Nous avons vu que les manœuvres obstétricales (forceps, version, basiotripsie), ont été souvent signalées dans l'étiologie des abcès utérins. C'est dire qu'il ne faudra les pratiquer que lorsque des accidents sont à redouter pour la mère (accouchement impossible à cause de l'inertie utérine, surmenage, cardiopathie, tuberculose pulmonaire, présentation de l'épaule, etc), ou pour le fœtus (décollement du placenta et

hémorragies, affaiblissement des battement du cœur, etc.) Il faudra donc éviter ces forceps dits de complaisance et qui n'ont souvent d'autre indication que l'impatience d'un praticien arraché à son sommeil ou retenu près d'une parturiente plus longtemps qu'il ne le voudrait.

Il pourra arriver que, pour éviter l'infection consécutive à un travail prolongé, on pratique des manœuvres (dilatation bimanuelle, pose d'un écarteur ou d'un ballon dilatateur) qui accéléreront un travail commencé et qui traîne en longueur.

Dans tous les cas, où l'on sera obligé de pratiquer des manœuvres obstétricales, il est évident qu'il faudra agir sous le couvert de la plus parfaite asepsie.

Opérations. — Les abcès consécutifs à des opérations sur l'utérus (ablation de polypes, curettage explorateur) sont beaucoup plus rares. C'est encore par la propreté chirurgicale qu'on les évitera.

TRAITEMENT

Les auteurs qui se sont occupés des abcès de l'utérus n'ont pas discuté dans une vue d'ensemble les diverses indications opératoires. La plupart ont rapporté un cas d'abcès et indiqué l'opération qu'ils ont pratiquée.

D'autres, sans distinguer entre les différents cas, préconisent l'hystérectomie. C'est le cas de nombreux auteurs (A.-W. Sée, Bar, Brindeau, Jeannin). D'autres (Mercadé, A.-P. Sauvé) préconisent la simple incision avec drainage.

Nous pensons que la question doit être scindée et qu'il faut envisager différentes espèces.

Lorsque nous avons entrepris ce travail, nous venions de

voir dans le service du Dr Picqué, une femme présentant des symptômes généraux de la plus grande gravité consécutifs à un accouchement datant de quarante jours et chez laquelle l'examen local avait permis de constater un utérus gros, mou, et une masse accolée à sa face postérieure, bombant dans le cul-de-sac postérieur. La laparotomie fut pratiquée le lendemain de son arrivée à l'hôpital et l'on constata à la face postérieure de l'utérus un abcès qui fut incisé et drainé par la plaie abdominale. La malade, dès le lendemain, commença à aller mieux et entra rapidement en convalescence, ne présentant plus la moindre élévation thermique. La plaie était complètement fermée, la malade allait quitter l'hôpital lorsqu'elle fut reprise, deux mois après la première intervention, de douleurs abdominales en même temps que sa fièvre, brusquement, remontait à 39 degrés. Une nouvelle opération fut jugée nécessaire et la laparotomie fut pratiquée. Les adhérences intestinales nombreuses ne permirent pas d'arriver à l'utérus. On incisa les abcès siégeant au milieu de ces adhérences et on draina par la plaie abdominale.

Les symptômes fébriles et douloureux persistant, on intervient de nouveau pour pratiquer une hystérectomie qui n'est réussie qu'au prix de nombreuses difficultés. Au cours de l'opération un nouvel abcès est reconnu à la face postérieure de l'utérus.

La malade entre de nouveau en convalescence, mais quitte l'hôpital avant la guérison complète pour raisons personnelles. Nous avons tenu à rappeler brièvement cette observation qu'on trouvera plus amplement détaillée plus loin (V. obs. LXV). En effet, nous avions pensé, en présence de l'abcès constaté au cours de la première intervention, que

l'opérateur pratiquerait l'hystérectomie, mais il nous dit qu'il estimait l'incision et le drainage suffisants, ayant déjà guéri par ce procédé deux femmes atteintes de la même affection. Et, en effet, nous fûmes surpris les jours suivants de voir la baisse rapide de la température et l'amélioration rapide des symptômes. C'est alors que nous nous mîmes à la recherche de cas semblables pour exposer dans cette thèse l'excellence de ce procédé simple. Mais pendant que nous faisions ces recherches, nous fûmes désagréablement surpris de constater la rechute de la malade dont nous venons de parler, rechute qui nécessita une hystérectomie.

Était-ce donc, en conséquence, l'hystérectomie qu'il nous fallait préconiser ?

Après avoir voulu nous faire le défenseur de la pratique conservatrice, allions-nous nous ranger parmi ses adversaires ?

Mais ce n'est point avec un cas qu'on érige un principe. Aussi avons-nous relevé dans la bibliographie le plus grand nombre de cas d'abcès utérins pour lesquels diverses opérations furent pratiquées. Nous y avons joint quelques observations inédites et avec ces documents nous avons établi une statistique.

Il aurait été préférable de nous livrer à la statistique sur des centaines de cas, mais il s'agit d'une affection rare et nous n'avons pu en réunir un plus grand nombre d'observations. Néanmoins, celles-ci sont déjà assez nombreuses pour qu'on puisse, d'après elles, comparer les divers traitements. Nous avons, avec intention, éliminé de notre étude l'infiltration purulente diffuse du parenchyme utérin ainsi que les abcès miliaires pour lesquels le traitement est et doit être l'hystérectomie.

Nous ne discutons pas l'abstention. D'ailleurs, dans les cas non opérés (parce qu'ils n'avaient pas été reconnus), la mort a été la terminaison la plus ordinaire. Les cas qui ont guéri sont ceux dans lesquels l'abcès s'est ouvert dans une cavité voisine.

Parfois, par le toucher intra-cervical, lorsque le col est resté largement ouvert, il est possible d'arriver sur une tumeur fluctuante, bombant dans la cavité utérine. Nous avons vu que ce genre d'abcès s'est plusieurs fois ouvert spontanément dans la cavité utérine ou au cours d'un toucher ou d'un curettage (Budin, Mercadé).

Ashford ayant diagnostiqué un abcès de la lèvres postérieure du col utérin l'ouvrit par le vagin et la malade guérit.

Nous pensons qu'en présence de cas semblables, abcès sous-muqueux de l'utérus, abcès de la portion vaginale de cet organe, la *simple incision par le vagin* pourra suffire, à condition qu'elle soit assez grande pour permettre le drainage. Si l'abcès siège sous la muqueuse de la cavité utérine, nous pensons qu'il sera utile de laisser un drain dans la cavité cervicale pour faciliter le *drainage* et de pratiquer une ou deux fois par jour des injections antiseptiques intra-utérines pour empêcher l'infection de la muqueuse utérine et la salpingite consécutive. Lawson-Tait a pratiqué l'*incision par voie vaginale* après dilatation du col.

En présence d'une collection postérieure bombant dans le cul-de-sac postérieur on a proposé la colpotomie. Cette pratique ne nous semble pas recommandable, car ici, comme dans le pyosalpinx avec lequel cet abcès est le plus souvent confondu cliniquement, cette opération est souvent insuffisante et s'il faut secondairement pratiquer une opérâ-

tion abdominale, on se heurtera à des difficultés opératoires plus grandes que si l'opération abdominale était primitive et, pendant le temps qui séparera les deux interventions, la malade aura inutilement été intoxiquée par sa suppuration et soumise aux dangers de complications graves.

Peut-être la gravité des symptômes généraux paraîtront-ils à certains une indication en faveur de la colpotomie contre la laparotomie. Nous pensons au contraire que *la gravité des symptômes liés à la suppuration sera une indication plus pressante à pratiquer la laparotomie* qui, seule, permet de bien voir les lésions, d'intervenir en conséquence et de parer ainsi à ces graves phénomènes.

On a proposé de traiter les abcès utérins par l'hystérectomie vaginale. Ce n'est pas une pratique recommandable. En effet, aujourd'hui, on ne doit plus craindre l'ouverture de la cavité péritonéale pour les opérations utéro-annexielles même dans le cas de suppuration. Avec une bonne protection du péritoine, les pyosalpinx peuvent sans danger être opérés par le ventre. Il doit donc en être de même pour les abcès de l'utérus. Nous avons eu la bonne fortune de passer deux années dans le service de M. le Dr Picqué: une année comme externe, une année comme interne; dans ce service actif, nous avons vu un grand nombre de collections suppurées pelviennes, d'énormes pyosalpinx, chez des femmes gravement infectées, présentant une température élevée, des symptômes généraux inquiétants. Ces femmes opérées par la laparotomie, à chaud, ont merveilleusement guéri. Cette année, nous n'avons vu que deux colpotomies dans ce service: l'une ordonnée, l'autre pratiquée par le chirurgien de garde, en l'absence du chef de service. Après la première, la tempé-

rature resta élevée avec de grandes oscillations, l'état général devint de plus en plus mauvais, la malade maigrit considérablement et s'affaiblit de jour en jour. Elle refusait une nouvelle intervention et ce n'est que deux mois après sa colpotomie, alors qu'elle était vraiment cachectique, qu'elle accepta une hystérectomie faite dans de bien plus mauvaises conditions que si elle eût été immédiate et qui aboutit à la mort. Quant à la seconde femme qui subit la colpotomie, elle semblait présenter après cette intervention un apaisement des symptômes, en particulier de la fièvre. Cependant une laparotomie fut pratiquée trois jours après la colpotomie et montra une péritonite en voie de généralisation avec pus et fausses membranes sur l'intestin. La mort survint très rapidement.

D'après les résultats heureux des opérations abdominales pour suppurations pelviennes que nous avons constatés, nous pensons qu'il faut rejeter les opérations vaginales. Nous l'avons déjà dit de la colpotomie ; nous insistons encore plus pour **repousser l'hystérectomie vaginale**, qui, outre les inconvénients communs avec la colpotomie, présente de nombreux dangers, en particulier la blessure de l'intestin qui peut adhérer à l'abcès utérin et qu'il sera difficile d'éviter au cours d'une opération toujours aveugle, et les hémorragies surtout tardives, extrêmement fréquentes après cette opération et d'une excessive gravité.

C'est donc, les abcès sous-muqueux et les abcès de la portion vaginale du col mis à part, à la **laparotomie que nous donnerons la préférence comme voie d'abord des abcès utérins**. Mais ici se place encore un point de discussion important. Faut-il se contenter d'inciser l'abcès utérin, de le

curetter, de le drainer, ou faut-il pratiquer l'hystérectomie ?

A.-W. Sée est partisan de l'hystérectomie qui donnerait d'après lui une mortalité de 35 o/o. MM. Bar et Jeannin trouvent que cette intervention donne une mortalité beaucoup plus élevée : 65 o/o. Mais, peut-être, l'un n'a-t-il envisagé que des abcès uniques bien localisés, les autres ont-ils fait entrer dans leur statistique les abcès multiples, les abcès miliaires, les suppurations de tout le parenchyme utérin. En fait, d'après les observations que nous rapportons, la mortalité est de 0 o/o pour les cas simples, de 45,45 o/o pour les cas compliqués.

Noble, se basant sur certains cas par lui opérés, envisage comme **suffisante dans certains cas la simple incision du foyer suppuratif, son curettage et le drainage.**

En somme, la statistique ne semble pas devoir montrer la supériorité de l'un ou l'autre procédé : incision ou hystérectomie.

Il est cependant logique d'admettre que chez des femmes présentant un fort mauvais état général, l'hystérectomie sera plus grave qu'une opération plus courte qui supprime également le foyer infectieux ; mais, *en présence d'un utérus sur lequel la laparotomie aura permis de constater plusieurs abcès, il sera préférable de pratiquer l'hystérectomie ; on n'hésitera pas à choisir cette opération si l'on constate outre l'abcès, des lésions annexielles surtout bilatérales.*

Si, au contraire, l'abcès est unique, sans salpingite concomitante, on pourra essayer de conserver l'utérus, d'autant plus qu'on a affaire généralement à une femme en pleine période génitale et susceptible de mener à bien de nouvelles grossesses et qui peut désirer conserver ses organes repro-

ducteurs ; mais il faudra, dans l'opération conservatrice, avant de refermer la paroi abdominale, bien examiner l'utérus pour *s'assurer qu'il n'existe pas un second abcès*. Cet examen sera fait par l'œil et par le doigt qui cherchera s'il n'existe point en quelque autre point de la surface utérine une zone fluctuante qu'on incisera ou qui commandera l'hystérectomie.

La présence de deux abcès n'est pas une contre-indication absolue à l'hystérectomie. Nous rappelons l'observation de la femme chez qui une curette pénétra dans la cavité péritonéale à travers un abcès et dont la laparotomie montra un second abcès qui fut incisé. Cette opération eut lieu en janvier 1907 et cette femme est aujourd'hui en parfaite santé. Nous l'avons revue en janvier 1914.

En tout cas, il faudra, après l'incision d'un abcès utérin, pouvoir surveiller la malade. On ne retirera pas trop tôt les mèches et le drain, et on se tiendra prêt à pratiquer une opération radicale si la fièvre remonte, si les signes locaux réapparaissent comme chez la malade de notre observation LXV.

Mais si l'on se trouve dans des conditions spéciales, telles que l'éloignement, qui ne permettront pas, le cas échéant, de parer rapidement à de nouveaux accidents, il faudra pratiquer de préférence l'hystérectomie. On exécutera également cette opération si la femme a atteint l'âge de la ménopause.

Signalons enfin que la laparotomie ayant montré la présence d'un abcès utérin, on pourra, dans certaines circonstances, ouvrir cet abcès par une *voie extrapéritonéale*, mais non plus à l'aveugle comme dans la colpotomie, sans savoir s'il n'existe pas d'autres collections. Ces procédés lorsqu'ils seront applicables, méritent d'être recommandés.

C'est le procédé employé par Ricketts qui, ayant, par une

plaie de laparotomie, localisé un abcès, l'ouvrit par la *voie vagino-cervicale*.

C'est le procédé non moins ingénieux de Sampson qui ayant, par la laparotomie, reconnu un abcès d'une corne utérine, fit une nouvelle incision au-dessus de l'arcade de Fallope, refoula le péritoine et par *voie sous-péritonéale* évacua et draina l'utérus.

Ces deux opérations furent suivies de guérison.

A quel moment convient-il d'intervenir? Sampson pense qu'il faut laisser passer la période aiguë et attendre une accalmie des symptômes bruyants. Mais nous pensons que les dangers de l'expectation sont trop graves et qu'il est préférable d'intervenir au plus vite.

Une question se pose : L'incision de l'abcès utérin pourra-t-elle être plus tard une cause d'accident s'il survient une nouvelle grossesse ? Y aura-t-il alors danger de rupture ?

Il est certain qu'un utérus présentant une cicatrice craint plus qu'un autre la rupture. Cependant, nous savons, et les accoucheurs enseignent, qu'après la césarienne, une femme peut avoir de nouvelles grossesses, que les adhérences utéro-pariétales ne gêneront pas beaucoup l'évolution de l'utérus et qu'on n'observe généralement pas de rupture utérine dans les accouchements suivants. Il n'est d'ailleurs pas rare que la césarienne soit répétée plusieurs fois chez la même femme.

Il est logique d'admettre que si les accidents de rupture ne sont pas à craindre après la césarienne et que les grossesses nouvelles pourront évoluer sans danger, il en est de même après l'incision pour abcès utérin. Il est vrai cependant que dans le cas d'abcès utérin, la plaie utérine ne sera pas cicatrisée par première intention et qu'on aura peut-être une

cicatrice moins solide que dans l'hystérotomie césarienne, mais d'autre part l'incision pour abcès n'intéresse pas le corps utérin sur toute sa hauteur et surtout n'intéresse pas toute l'épaisseur de la paroi utérine, contrairement à la césarienne.

Nous ne pensons donc pas qu'après l'incision pour abcès, l'utérus soit moins résistant qu'après une césarienne et soit en état d'infériorité manifeste pour supporter de nouvelles grossesses.

On a pu voir aussi l'utérus ayant subi une rupture lors d'un accouchement n'avoir pas été suturé mais simplement tamponné et subir de nouvelles grossesses les années suivantes.

Enfin une malade de Sampson accouche vingt mois après incision de l'utérus pour abcès.

Pour terminer, disons un mot du traitement au cas d'abcès tuberculeux. Ici il y a lieu de tenir le plus grand compte de l'état général du sujet. En effet, tandis que dans les abcès inflammatoires non tuberculeux, les symptômes généraux graves sont une indication en faveur d'une intervention, la fièvre tombant et les autres symptômes se calmant généralement après l'évacuation du foyer suppurant ou l'hystérectomie, dans la tuberculose, la gravité des phénomènes généraux sera souvent sous la dépendance de la tuberculose généralisée ou pulmonaire, et si on a affaire à une malade déprimée, cachectique, l'abstention sera la règle, l'intervention étant susceptible de précipiter la mort et le traitement local n'agissant pas sur les localisations éloignées. et, en conséquence, n'étant pas curatif.

Si, au contraire, on a affaire à une malade présentant un état général satisfaisant, on interviendra.

Ici, l'hystérectomie s'impose. Nous avons vu que les abcès tuberculeux de l'utérus sont généralement multiples et s'accompagnent de suppurations des trompes et des ovaires, que la cavité utérine est le siège de fongosités, d'ulcérations, en un mot de nombreuses lésions tuberculeuses qui nécessitent l'hystérectomie.

On ne négligera point le traitement général : huile de foie de morue, iodiques, ferrugineux : l'hygiène, la suralimentation, etc...

Statistique opératoire

D'après Sauvé, dans 6 cas pour lesquels on ne serait pas intervenu, il y aurait eu 6 morts. Il est permis de douter du diagnostic du sixième cas.

D'après le même auteur :

4 hystérectomies ont donné 4 morts.

8 laparotomies avec drainage de l'abcès ont donné $\left\{ \begin{array}{l} 6 \text{ guérisons} \\ 2 \text{ morts} \end{array} \right.$

La statistique de Noble porte sur 19 cas :

4 trouvailles d'autopsie.

4 hystérectomies : 1 mort.

11 incisions avec drainage : 11 guérisons.

Notre statistique, basée sur 65 observations, donne les résultats suivants :

Observations ne relatant pas le traitement ou ses suites..... 6

Abcès non opérés : 20..... { 1 guérison
19 morts

Abcès de la portion intravaginale ouverts par le
vagin : 2 2 guérisons

Hystérectomies vaginales : 4..... { 1 guérison
3 morts

Hystérectomies abdominales : 12..... { 10 guérisons
2 morts

10 primitives..... { 8 guérisons
2 morts

2 secondaires après récides dans des cas
d'abord traités par l'incision..... 2 guérisons

Incision par voie abdominale et drainage par
la même voie, 22 cas..... { 1 mort
19 guérisons
2 récides
guéries par
l'hystérec-
tomie se-
condaire.

OBSERVATIONS ET ANNOTATIONS

PREMIER GROUPE

Observations d'abcès utérins

où ne sont pas relatés le traitement ou ses suites

Observation 1. — Kustner (*Lage u Bewegungsanomalien des utérus*. (Veit. *Handbuch der Gynäk.*, t. I, p. 190. Wiesbaden, 1897). — Küstner a vu des abcès atteignant le volume d'une noix dans un cas opéré pour prolapsus utérin, et leur attribue comme cause les ulcérations du col.

Obs. 2. — Fritsch (d'après Franqué). — Fritsch a observé une métrite aiguë après une dissection bilatérale, pour laquelle on a pratiqué une dilatation et, tout d'un coup, un flot de pus s'écoula.

« J'ai pu constater nettement que l'abcès était situé dans le muscle utérin et qu'il ne s'agissait pas d'un grand follicule suppuré. »

Au point de vue étiologique, il s'agit d'une infection de la plaie par les microbes pyogènes après la première opération.

Obs. 3. — *Abscès de l'utérus et pyosalpinx.* — *Laparotomie.* — *Mort.* — (Boldt, *Abscess of the uterus, puerperal pyosalpinx and intraperitoneal abscess.* (Proceeding of the N. Y. path. Soc., 1888, p. 89).

Femme de vingt-deux ans. Accouchement normal il y a quatre semaines, puis forte fièvre et douleur continue dans l'hypogastre.

A l'examen, utérus gros et mou. Des deux côtés, tumeurs fluctuantes, d'où diagnostic de salpingite septique.

Laparotomie. Mort quelques heures après. On a trouvé un pyo-

salpinx à droite, un gros abcès encapsulé, intrapéritonéal à gauche.

Après l'ouverture de la paroi antérieure de l'utérus, on a trouvé un abcès contenant 3 à 4 grammes de pus, situé dans l'intérieur de la tunique musculuse ; son diamètre était de $3/8$ de pouce ; le foyer avait la forme d'un canal ayant traversé presque toute la largeur de l'utérus dans la moitié supérieure du corps. Il était nettement limité. Boldt pense qu'il s'agissait d'un infarctus de la paroi.

Note de l'auteur de la thèse. — Nous ne pouvons tirer aucune conclusion de cette observation. L'auteur n'a pas indiqué quelle opération a complété la laparotomie ou si la laparotomie fut seule pratiquée.

Obs. 4. — *Abcès sous-muqueux à allures torpides, ouvert par la cavité cervicale.* — *La malade n'a pas été suivie.* (Mercadé Thèse de Paris, 1906.)

Joséphine D..., âgée de soixante et un ans, entre le 21 juillet 1901 à l'hôpital Saint-Louis dans le service du Dr Richelot, pour des troubles du côté de l'appareil génital.

Cette femme présente des antécédents qui n'ont rien de bien particulier.

Réglée à seize ans, pour la première fois, elle l'a toujours été très régulièrement depuis. Mariée à vingt-quatre ans elle eut à vingt-cinq ans une fausse couche de trois mois, à la suite de laquelle elle présenta un léger mouvement fébrile et des pertes blanches. Après onze ans de santé relativement bonne, elle devint enceinte de nouveau, et accoucha à terme d'un enfant bien portant.

Rien à signaler dans la suite. La ménopause survient à quarante-huit ans sans aucun accident.

Ily a un an et demi (la malade avait cinquante-neuf ans et demi) des hémorragies utérines se produisirent spontanément et persistèrent. Elles étaient constituées par du sang bien rouge, sans odeur.

En outre depuis trois mois la malade ressent des douleurs en urinant et éprouve certaine difficulté à aller à la selle. L'état général n'est nullement altéré. La malade se portait bien mais voulait être guérie de ces hémorragies qui se reproduisaient depuis plus d'un an. Immédiatement nous pensâmes à un néoplasme utérin.

Toucher vaginal : le col n'était nullement altéré ; on sentait par-

faitement son orifice ; les culs-de-sac étaient libres. Le corps était gros, dur, légèrement douloureux à la pression, mais dans son ensemble l'utérus était mobile dans tous les sens.

Le cathétérisme nous permit d'apprécier la longueur de l'utérus qui était de 6 cm. 5. En introduisant l'hystéromètre on sentait que la surface interne de l'utérus était rugueuse et parsemée de bourgeons très durs.

Nous conclûmes à un néoplasme du corps et dans le but de faire une biopsie nous nous mîmes en demeure de dilater l'utérus. Le 23 juillet nous introduisons dans l'utérus une petite laminaire. Le lendemain 24 juillet nous la remplaçons par une laminaire de calibre très supérieur.

Le 25 juillet, avant de faire la biopsie, nous introduisons dans l'utérus le dilatateur à trois branches de Simms afin de compléter la dilatation.

Au moment où les branches arrivaient à leur maximum d'écartement, l'une d'elles sembla céder et il s'écoula brusquement par l'orifice du col, un jet de pus dont la quantité pouvait être évaluée à un verre à bordeaux. Le pus était jaune verdâtre, bien lié, sans odeur particulière, il était absolument pur, sans mélange de sang.

Arrêtant là l'intervention, j'introduisis un drain dans l'utérus et fis un grand lavage de la cavité.

Le lendemain, après un nouveau lavage, je retirai le drain et cherchai à me rendre compte par le toucher intra-utérin des lésions causales de cette évacuation de pus. Mais l'utérus avait perdu tout le bénéfice de la dilatation et était déjà revenu sur lui-même. J'introduisis alors une grosse laminaire et remis au lendemain l'exploration digitale.

Le 27, toucher intra-utérin. Doigt pénètre facilement dans la cavité utérine et atteint aisément le fond. On se rend bien compte que la surface utérine de l'utérus est mamelonnée, tapissée de bourgeons durs, séparés par de petits sillons. Cette disposition est uniforme sur toute l'étendue de la muqueuse. Le doigt est impuissant à en arracher la moindre parcelle. En outre, on constate sur la surface postérieure une dépression dans laquelle s'enfonce la pulpe de l'index et dont la dimension est celle d'une pièce de 2 fr. Le fond de cette dépression est constitué par le parenchyme utérin relativement lisse. Nous concluons à un abcès utérin développé au cours d'un néoplasme et proposons à la malade l'hystérectomie. Elle la refuse et quitte l'hôpital deux jours plus tard.

Il s'agissait évidemment dans ce cas d'un abcès sous-muqueux.

Il ne saurait en effet être question de pyométrie, puisque les lamineuses avaient été introduites facilement et n'avaient donné lieu à aucune évacuation de pus. En outre, la constatation par le toucher d'une dépression au niveau de la paroi postérieure, nous permet d'affirmer que l'abcès siégeait à la paroi postérieure de l'utérus.

Obs. 5. — Aucun renseignement sur le traitement Howship (Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*).

Howship a une préparation d'utérus dans les parois duquel il y a un abcès qui contient 30 grammes de pus.

Obs. 6. — *Abcès de la corne droite coexistant avec annexite bilatérale.* — *Hystérectomie* (Menge, 1897, d'après Franqué).

Femme de quarante ans, mariée, chez laquelle on pratique l'hystérectomie supra-vaginale pour annexite bilatérale d'origine gonococcique.

La malade avait été infectée six semaines auparavant par son mari.

Dans la muqueuse on trouve des gonocoques.

Dans la corne droite de l'utérus, il existe une petite tumeur saillante qu'on prend pour un petit myome interstitiel.

Après incision, on constate qu'on se trouve en présence d'un abcès sous-péritonéal ne communiquant ni avec l'utérus, ni avec la trompe. Cet abcès contient un pus franc, riche en gonocoques intra-cellulaires.

DEUXIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Abcès de l'utérus pour lesquels ne fut pratiquée aucune opération

a) *Abcès simples.*

Obs. 7. — *Abcès de l'utérus, non traité. Mort.* (Brindeau, Soc. Obst. de Paris, 21 mars 1901).

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, n'ayant jamais été malade. Au mois de novembre 1900, suppression des règles. Rien

à signaler dès les premiers temps de la grossesse. Le 30 janvier, la malade aurait, dit-elle, fait une chute dans l'escalier. Jusque-là elle s'était bien portée et continuait à travailler. Quelques heures après cette chute, elle avait eu des douleurs et perdu du sang. Le 31 janvier, à 2 heures de l'après-midi, elle expulsait un embryon.

Elle entre dans la soirée à l'hôpital Saint-Louis. A son entrée, on notait une grande prostration, la langue était sèche, le poulx petit, le thermomètre marquait 38 degrés. Le 1^{er} février au matin, elle présentait du subictère, l'abdomen non ballonné était toujours douloureux.

Au toucher, le col est presque fermé, l'utérus gros, mais peu douloureux, l'écoulement vaginal peu abondant et fétide, la température: matin 37°2, le soir 37°5.

2 février. — Le curettage est pratiqué. Le col était presque refermé et dut être dilaté avec des bougies de Hégar. L'opération se fit sans difficultés. La curette ne ramène que peu de débris. La température du matin est 37°2, le soir 37°5.

3 février. — Éruption confluyente de vésicules d'herpès au pourtour des lèvres; l'état général est toujours très grave. L'abdomen n'est pas ballonné, mais il est toujours douloureux à la pression.

La femme meurt le 4 février dans le même état. L'ensemencement du sang pendant la vie a été stérile.

L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Les poumons et le cœur sont normaux. A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe une grande quantité de pus. Le péritoine est vascularisé, tapissé de fausses membranes qui agglutinent les anses intestinales. Toute la cavité péritonéale est intéressée. Le pus s'accumule dans le petit bassin. L'examen du pus montre l'existence de nombreux streptocoques et de colibacilles.

Le sang du cœur reste stérile.

L'utérus est gros comme un utérus gravide de deux mois environ. Au niveau de sa face antérieure, il existe une tumeur volumineuse, grosse comme un œuf de poule, très régulière, d'un rouge violacé. Cette tumeur présente un léger pertuis par lequel s'écoule du pus noirâtre. A la palpation, on sent une mollesse spéciale presque fluctuante. Au niveau du fond, nouvelle petite tumeur grosse comme une noisette, tangente à la précédente. La pièce non ouverte, est plongée dans le formol.

C'est cet utérus que j'incise devant vous: on remarque que l'abcès est formé au milieu de la paroi utérine. On voit la cavité de la matrice tout à fait refermée; on suit parfaitement un petit

trajet qui indique que la paroi a été perforée. Il est probable que cette femme a subi des manœuvres abortives qui ont amené la perforation de l'utérus, la production d'un abcès avec péritonite consécutive. Ce qui nous a frappé chez cette femme, c'est la gravité toute spéciale de l'état général, la fréquence exagérée du pouls, et la faible élévation de la température.

Obs. 8. — *Collection non opérée. — Ouverture dans le péritoine. — Mort.* — Scanzoni (d'après Courty, rapportée également par Barnes).

Jeune femme. Après une suppression des règles, il s'était déclaré un métrite violente traitée pendant environ huit jours, sans obtenir une diminution de douleurs; bien au contraire, la sensibilité de la région utérine augmenta de plus en plus, des frissons se répétèrent plusieurs fois, et il se développa au-dessus de la portion horizontale du pubis droit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, passablement résistante et nettement limitée.

Le vingt-deuxième jour de la maladie, apparurent brusquement des signes de péritonite violente et très étendue à laquelle la malade succomba le trente et unième jour.

La nécropsie démontra que la cause de la mort était la rupture d'un abcès de la dimension d'un œuf d'oie, situé à la partie droite et supérieure de l'utérus, dont le pus s'était frayé un chemin à travers les couches externes de la substance de l'utérus et son enveloppe péritonéale.

Obs. 9. — *Abcès de l'utérus non traité, ouvert dans le Rectum. Mort.* (Frédéric Bird, *Case of abscess in the walls of the uterus, communicating with Rectum. The Lancet*, 1842-1843, t. I, p. 645.)

M^{me} G..., âgée de trente-sept ans, avait, jusqu'à ces trois dernières années, joui d'une santé parfaite et était bien réglée.

A cette époque, elle se maria et bientôt après apparut, dans la région hypogastrique, une douleur aiguë, profondément située, irradiée dans tous les sens, dans le bassin, et augmentée par la miction et la défécation. Ces symptômes étaient associés à des troubles généraux et à tous les signes de l'inflammation utérine. Elle suit les différents traitements en usage. Les symptômes graves s'apaisèrent, mais elle continue à souffrir les trois mois suivants de douleur dans la région de l'utérus. Ces douleurs étaient tou-

jours produites par des efforts de miction ou de défécation, l'évacuation des fèces se faisant parfois avec une grande difficulté. Le toucher montre l'utérus descendant plus bas que normalement. Il était gros. Le col était douloureux et tuméfié.

Peu après que le toucher eût été fait, il s'écoula subitement par le rectum, 1/2 once de pus et les symptômes s'amendèrent. Puis diarrhée : 8 à 10 évacuations chaque jour, toujours mêlées de matières purulentes. Elle souffrait toujours au passage des selles. La diarrhée ne put être modérée par aucune médication. Santé bonne. La malade va à la campagne et y reste deux ans sans amélioration. La diarrhée purulente persiste. Quand le pus s'évacuait moins, la douleur locale augmentait. Les règles irrégulières (tous les 8 ou 9 jours) s'accompagnaient de douleurs lombaires et de caillots.

La douleur augmente de plus en plus. Elle consulte de nouveau, c'est-à-dire deux ans après. Toucher vaginal très douloureux : utérus peu modifié, cependant tout à fait fixé dans le bassin comme dans certaines tumeurs malignes. Opium et belladone sans soulagement.

Continue à souffrir de pertes hémorragiques et de tous les symptômes précédents pendant six semaines, puis elle meurt épuisée, dans des souffrances extrêmes.

Autopsie : Adhérences péritonéales anciennes unissant l'épiploon, l'intestin grêle et les viscères pelviens.

Utérus solidement uni au rectum par ses parties supérieures et postérieures. Irrégulier. Fond trois fois plus gros que normalement. Une section longitudinale montre que l'élargissement avait été produit par un abcès senti dans la paroi du fond de l'utérus, abcès qui contenait environ une once (30 gr.) de pus épais; les parois de l'abcès étaient d'une épaisseur variant de 1/4 à 3/4 de pouce, la postérieure la moins épaisse était celle qui était en rapport avec la cavité de l'utérus.

Cet abcès communiquait avec la partie adhérente du rectum. Pas de communication avec la cavité utérine.

Obs. 10. — *Abcès du fond de l'utérus non opéré. — Mort* (Hervez de Chégoin, *Abcès dans l'épaisseur du fond de la matrice, avec développement énorme des fibres charnues. Bull. de la Soc. impériale de Chirurgie de Paris*, 2^e série, t. IX, p. 868).

Femme de quarante-six ans, entre à la Charité dans le mois de

juin, salle Saint-Joseph, pour une tumeur du ventre dont le début date de huit mois. Cette femme était accouchée sept ou huit ans auparavant. La tumeur était placée immédiatement au milieu et au-dessus du pubis et s'étendait jusqu'à l'ombilic. Elle était du volume d'une grossesse de six mois, mobile, et était assez ferme pour laisser incertain sur la présence d'un liquide. M. Roux avait cru à une hydropisie de l'ovaire. Le toucher par le vagin faisait trouver le col utérin à l'état naturel.

A l'autopsie, on constata ce qui suit : quand les parois de l'abdomen furent incisées, on découvrit une tumeur isolée de forme oblongue ; sa surface était lisse, d'apparence charnue, parsemée sur le côté et en bas d'arborisations qui portaient d'un tronc commun inférieur.

On fit une incision verticale et on arriva dans une cavité aussi grande que la matrice au cinquième mois de la grossesse, contenant du pus bien lié, légèrement verdâtre, fade et sans odeur putride. Il y avait dans le fond des flocons nombreux, un, entre autres, gros comme une noix et ferme. La paroi interne de cette cavité était tapissée par une membrane d'un jaune sale, tomenteuse, épaisse d'une demi-ligne ; le fond de la cavité avait 1 pouce $1/2$ d'épaisseur ; 1 pouce au milieu et $1/2$ pouce en bas. Les fibres, quoique infiltrées, étaient évidemment charnues. Quand on eut incisé la tumeur jusqu'au vagin, on vit que le col utérin était très allongé et que la cavité de la matrice existait. Sa face interne était rouge et son cul-de-sac bien visible. Les trompes de Fallope naissaient sur les côtés et, enfin, on voyait la moitié des fibres de la matrice se continuer avec son fond, de manière que l'abcès s'était développé au milieu des fibres de cet organe. Les ovaires étaient petits, granulés ; les vaisseaux des ligaments larges étaient très nombreux et remplis de sang noir.

Obs. 11. — *Abcès non opéré. — Ouvert dans la cavité péritonéale. — Mort.* — (Champetier de Ribes, comptes rendus de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. Paris 9 mars 1903).

Huit jours après un accouchement normal, une femme présente un frisson. Mort en vingt-trois heures.

Autopsie. — Dans la paroi antérieure de l'utérus, on trouve un abcès gros comme une noisette, ouvert dans la cavité péritonéale.

Obs. 12. — *Abcès de l'utérus non opéré. — Rétention placentaire. — Mort* (Finnell, *New-York path. Soc.* 11 oct. 1871; in *Medical Record*, New-York, 1871-1872, t. VI, p. 403).

Présentation de l'utérus d'une femme de vingt-cinq ans. Enceinte de sept mois, cette femme essaye de se faire avorter. Ayant échoué, elle eut recours à une professionnelle. Mort.

Autopsie. — Utérus très gros : 5 pouces sur 4.

A la partie antéro-supérieure du fond, abcès intraparenchymateux contenant 5 à 6 onces de pus.

Débris de placenta adhérents à la surface interne de l'utérus. Canal cervical indemne.

Obs. 13. — *Abcès non opéré. — Mort* (L. Picqué, *Discussion sur le traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie abdominale*. *Bull. Société Obst.* Paris, t. V, 1902, p. 148 et 166).

Accouchement prématuré au huitième mois, avec basiotripsie, septicémie à marche foudroyante.

La malade vient succomber au troisième jour dans mon service spécial de l'Asile clinique, après y avoir séjourné six heures.

Présentation de pièce. — Abcès unique de la grosseur d'un œuf de poule, sur le bord droit de l'utérus, au niveau du segment inférieur. Cet abcès communique avec la cavité du col par un orifice assez large.

A l'incision de l'abcès, il s'est écoulé un verre à liqueur de pus.

La cavité utérine ne contenait aucun débris placentaire. L'autopsie, faite très soigneusement par le Dr Dagonet, directeur des laboratoires, permet de constater l'intégrité absolue des annexes utérines, du péritoine et de tous les viscères.

Voilà donc une femme qui a succombé avec un utérus parfaitement évacué, mais présentant un abcès de la paroi et qu'une intervention hâtive aurait pu guérir.

(Cette observation est relatée également dans *le Bulletin de la Société de Chirurgie*, du 12 février 1902, p. 198).

Obs. 14. — *Abcès utérin non opéré (Mort)* (Mouchotte, thèse de Paris, 1904). — *Avortement. — Infection utérine. — Curettage. — Péritonite. — Mort.*

S. M..., vingt-deux ans, domestique, entre salle Huguier, service du Dr Bazy, le 5 mai 1901.

Réglée à quinze ans et demi. Les règles ont toujours été régulières et non douloureuses. Pertes blanches peu abondantes depuis plusieurs années.

Fièvre typhoïde à seize ans.

Première grossesse à vingt ans et demi. Accouchement prématuré, spontané. Sommet. Suites de couches normales. L'enfant est allaité pendant un mois au sein maternel.

Deuxième grossesse (actuelle). Dernières règles 4-12 février 1901. En mars, à l'époque correspondant aux règles, perte de quelques gouttes de sang seulement.

24 avril. — A 7 heures du matin, la femme a subitement une forte métrorragie (sang liquide et gros caillots). Levée, elle se recouche, prend des injections vaginales chaudes. Au bout d'un jour et demi, l'hémorragie a cessé. La femme se lève le deuxième jour, reprend son travail. Elle perd alors d'une façon continue une très légère quantité de sang.

3 mai. — La malade a de la fièvre, des frissons, des tremblements; elle se couche. Pendant la nuit, en appuyant ses mains sur son ventre, elle provoqua une douleur abdominale généralisée, avec maximum d'intensité à gauche et en bas.

Le lendemain 4 mai, elle reste alitée. Constipée d'ordinaire, elle a maintenant de la diarrhée; dans la nuit, elle vomit le lait qu'elle prend.

5 mai. — Anorexie complète, soif vive. Les vomissements alimentaires continuent, la diarrhée s'accroît.

Les douleurs abdominales deviennent spontanées, elles sont lourdes; grande faiblesse. Un médecin est appelé, il pratique le toucher vaginal, déclare être en présence d'un état infectieux consécutif à une fausse couche effectuée (sans doute le 24 avril) et mal soignée; un curettage est nécessaire; il décide le transport à l'hôpital.

La malade est amenée le soir, salle Huguier. A l'entrée, température 38°6. L'interne de garde prescrit des injections vaginales au sublimé et fait appliquer de la glace sur le ventre.

La nuit est marquée par de l'insomnie, des douleurs abdominales généralisées avec maximum cette fois à droite, et par plusieurs vomissements verts.

6 mai. — Température matin 37°8; pouls 108, régulier, bien frappé. Facies grippé, yeux bistrés, battements des ailes du nez,

langue encore un peu humide, l'abdomen est légèrement météorisé, il est douloureux à la pression, avec maximum à droite et en bas.

L'urine renferme une grande quantité d'albumine. Par la vulve s'écoule une grande quantité de sang poisseux, noirâtre, peu fétide.

Au toucher, nous trouvons que le col est très mou, ouvert, admettant l'extrémité du médius. Le fond n'est pas senti au-dessus de la symphyse. Par le cul-de-sac postérieur, on perçoit le corps utérin globuleux, augmenté de volume. Le cul-de-sac droit est souple, non douloureux au toucher; mais si on déprime la paroi au niveau de l'hypogastre en abaissant la main abdominale vers les deux doigts vaginaux, on détermine une vive douleur. Les annexes ne sont pas perçues. L'examen du cul-de-sac gauche fournit exactement les mêmes renseignements.

Après savonnage du vagin nous pratiquons le toucher utérin. Il nous permet de constater que la surface utérine est légèrement tomenteuse; pas de rétention placentaire; la curette mousse est promenée sur les parois de la cavité utérine. Elle ramène des débris pseudo-membraneux sur lesquels on pipe pour faire des ensemencements (géluse en surface et géluse profonde). Injection utérine avec 8 litres de permanganate de potasse; drain utérin (caoutchouc).

Sérum artificiel, 500 grammes. Glace sur le ventre.

3 heures. — Sérum, 500 grammes; 4 heures, un vomissement porracé.

5 heures. — Le facies est plus grippé que le matin, les battements des ailes du nez persistent, la parole est saccadée. Température 38°3; pouls 134. La malade a la sensation subjective de mieux aller.

L'examen de l'abdomen permet de faire les mêmes constatations que le matin, le météorisme n'a pas augmenté, la palpation du creux épigastrique est très douloureuse.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Injection utérine au permanganate de potasse (8 litres), glace, limonade, lait, champagne. Nuit: insomnie complète, agitation, diarrhée, pas de vomissements. Sérum, 500 grammes.

7 mai. — Température matin 37°6; pouls 116, régulier, assez bien frappé, les battements des ailes du nez sont plus accusés, vive dyspnée: 55 mouvements inspiratoires par minute. La malade éprouve des sensations de constriction thoracique, d'étouffement et se plaint alors en poussant des petits cris brefs.

Même facies grippé, cependant encore plus pâle. Teint blanc cireux; la langue a encore une humidité relative; l'estomac est distendu par des gaz. Renvois nombreux, mais absence de hoquet.

Le volume et l'aspect du ventre ne se sont pas modifiés. Il n'en est pas de même de la douleur provoquée par la palpation. En effet, la palpation est indolente maintenant à l'hypogastre et dans les fosses iliaques: au contraire elle provoque une douleur très vive au niveau du creux stomacal.

La percussion abdominale révèle une sonorité tympanique partout, sauf en bas. A l'hypogastre et dans les fosses iliaques il y a de la submatité.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Urines très foncées (acajou), 280 grammes en douze heures. Elles ne sont pas troubles. L'albumine y est beaucoup moins abondante.

Poumons: auscultation négative.

Cœur: souffle léger à la base.

Même traitement, deux lavages utérins au permanganate dans la journée. Sérum, 1.000 grammes. En outre, deux piqûres d'éther. Oxygène.

Dans l'après-midi nous prélevons aseptiquement du sang dans la veine médiane céphalique gauche et nous ensemençons ce sang sur gélose en surface et gélose sucrée profonde.

Nuit: insomnie complète, agitation, soif vive, urine plus abondante.

8 mai. — Température 37 degrés; pouls 120.

A 9 heures, un vomissement bilieux abondant, mais moins vert. Dyspnée un peu moins vive; 45 respirations par minute. Pas de toux.

Le facies semble moins grippé; il est moins pâle. Les pommettes sont colorées. La langue est toujours un peu humide. Soif très vive. Même état de l'abdomen. Urines moins foncées, avec dépôt; 600 grammes en vingt-quatre heures.

Pansements utérins. Sérum, 1.000 grammes Toniques.

Soir, température 38°6; pouls 138; 700 grammes d'urine depuis le matin.

Diarrhée persistante.

Apparition d'un hoquet intermittent.

La nuit est moins agitée. La malade ne souffre plus et ne se plaint plus.

9 mai. — Température matin 38°2; pouls 116. L'euphorie de la

veille continue ; la dyspnée est encore moins intense, 42 respirations par minute. Le facies est le même, avec pommettes colorées.

Les yeux sont toujours très excavés. Langue humide. Même météorisme. La palpation abdominale n'est plus douloureuse, même au creux stomacal.

Soir : température 34 degrés ; pouls 120. Sérum, 1.000 grammes. Éther.

10 heures. — Un vomissement vert, liquide, abondant. Nuit : insomnie, douleurs dans la jambe droite.

10 mai. — Température matin, 38°2, pouls 130. Amaigrissement. Langue moins humide, rouge. Pas de toux, 42 respirations par minute. Nausées. Grande faiblesse. Malgré tout, la malade éprouve une sensation subjective de mieux.

La paroi abdominale, à droite de l'ombilic, est soulevée d'avantage ; le météorisme, à ce niveau, est plus accusé ; les anses intestinales se dessinent. Les douleurs à la pression n'ont pas reparu.

Poumons : Aux deux bases, submatité et râles sous-crépitaux. Ventouses. Urines foncées, 500 grammes, sans compter celles qui se sont écoulées lors des selles diarrhéiques.

Examen complet des urines, fait par M. Lefèvre, interne en pharmacie du service :

Volume.....	500 centimètres cubes
Aspect.....	Trouble
Couleur.....	Ambrée
Réaction.....	Acide
Densité.....	1.012
Acide urique.....	0 gr. 23
Urée.....	14 gr. 09
Chlorures.....	1 gr. 10
Phosphates.....	1 gr. 60
Sucre.....	Néant
Albumine.....	Petite quantité
Urobiline.....	Néant
Indican.....	Néant

Le matin, à 9 heures, nous prélevons du sang dans la veine médiane basilique droite et nous ensemençons immédiatement ce sang sur gélose en surface et gélose sucrée profonde.

Même traitement, soir : température 38°6.

5 h. 15 du soir : Syncope. Mains cyanosées. Pouls filiforme, 160. Deux injections éther, une injection caféine.

A 5 h. 20, la malade reprend connaissance. Pouls mieux frappé, 140. La malade se plaint de sensation de froid.

8 heures. Agitation qui dure jusqu'à 9 heures. Pas de hoquet. Vive oppression par instants. Oxygène.

9 heures. L'agitation a cessé. La respiration devient de plus en plus difficile.

A 9 h. 30, la malade tombe dans le coma, qui persiste jusqu'à la mort (10 h. 1/4).

Une heure après la mort, nous pratiquons une hystérectomie vaginale. A l'incision du cul-de-sac postérieur s'écoule une notable quantité de pus.

Au même moment, du sang est pipé dans le cœur, à travers la paroi thoracique cautérisée au thermo et ensemencé sur gélose en surface et gélose sucrée profonde.

L'autopsie complète ne peut être pratiquée que trente-cinq heures après la mort.

Péritonite généralisée avec exsudats purulents jaune verdâtre, agglutinant les anses intestinales que ne recouvre pas le grand épiploon rejeté à gauche. Les exsudats fibrino-purulents sont très épais. Il n'y a que peu ou pas d'épanchement. Le foie est également recouvert d'exsudats. Les lésions prédominent au niveau de l'S iliaque.

Le péritoine sur les anses intestinales est dépoli, poisseux. A la surface de l'intestin grêle et de l'estomac, on remarque un piqueté hémorragique avec vascularisation anormale.

Au niveau du petit bassin, on voit le trou laissé par l'ablation de l'utérus, et à droite des adhérences qui limitent avec le reste du ligament large une poche, la poche dont le contenu purulent a été évacué au moment de l'hystérectomie.

Foie hypertrophié : il a les caractères du foie infectieux, piqueté de points blancs. Poids : 1.320 grammes. Rate : 205 grammes. Reins : légère néphrite. Épaississement de la zone corticale. Coloration jaunâtre. Le rein gauche a des lésions plus accentuées. Poids : rein droit 150 grammes. Rein gauche, 160 grammes.

Péricarde : Péricardite purulente, avec exsudats recouvrant les deux feuillets et tractus les réunissant. Plèvres : Exsudats fibrino-purulents sur les deux feuillets, de couleur jaune verdâtre. Très légère quantité de liquide séro-fibrineux épanché dans chaque cavité pleurale. Poumons : gauche, surface dépolie ou recouverte d'exsudats. Légère congestion à la base. Rien dans les

bronches. La congestion est plus accusée à la base droite qu'à la base gauche.

Cœur : Plaques de péricardite purulente à la surface. Pas de lésions orificielles.

En somme, prédominance des lésions sur les séreuses (Exsudats surtout. Pas d'épanchement).

Examen bactériologique du sang (fait avec Armand Delille) :

1° Sang pendant la vie. Le 7 et le 10 mai, 1 centimètre cube de sang est pris avec une seringue stérilisée à 120 dans une veine du pli du coude, etensemencé immédiatement sur gélose en surface (4 tubes) et sur gélose sucrée profonde (4 tubes). Dans aucun des tubesensemencés il ne s'est développé de colonie.

2° Sang prélevé après la mort (1 heure) à travers la paroi thoracique cautérisée.

Mêmesensemencements que ci-dessus. Il se développe des colonies très abondantes sur les tubes aérobies et anaérobies ; elles sont toutes constituées par un streptocoque prenant le Gram. (Cause d'erreur probable : la pipette a traversé les exsudats purulents du péricardé.)

3° Exsudats utérins ramenés par la curette lors du curettage. Sur les frottis on constate :

a) De très abondants cocci prenant le Gram et disposés en diplocoques ou courtes chaînettes ;

b) Des bacilles grêles, ne prenant pas le Gram, assez abondants ;

c) Quelques cocci ne prenant pas le Gram ;

d) De gros bacilles prenant le Gram (très rares) ;

e) De gros tétragènes prenant le Gram (rares) ;

f) Du petit streptocoque prenant le Gram (probablement une forme de l'espèce A).

Cultures. — a) Sur gélose en surface il se développe en quarante-huit heures :

1° De très nombreuses colonies blanches, opaques, étalées, de 1 à 2 millimètres de diamètre, souvent en cocarde ; elles sont constituées par un petit streptocoque prenant le Gram, poussant en grumeaux sans troubler le bouillon ;

2° Quelques grosses colonies crémeuses, jaunâtres, constituées par un gros coccus disposé en chaînette et ne prenant pas le Gram ;

3° Quelques colonies de colibacille.

b) Sur gélose profonde ;

4° Des colonies très nombreuses, facultatives, poussant en disques constituées par le streptocoque n° 1 ;

5° Des colonies plus rares, anaérobies strictes, d'un court bacille prenant le Gram, poussant bout à bout en chaînettes enchevêtrées.

Le streptocoque n° 1 a été inoculé (1/4 de centimètre cube de bouillon de quarante-huit heures) à la souris blanche. Il a amené la mort en huit jours avec formation d'abcès à pus verdâtre au point d'inoculation et passage du microbe dans le sang.

Examen histologique et bactériologique de l'utérus (fait avec notre ami Carton). — Corps de l'utérus. Infiltration embryonnaire et congestion intense des capillaires des couches superficielles, voisines de la cavité utérine. Il existe des lésions de périphlébite autour des veines des couches profondes.

En un point, situé au milieu de la paroi utérine, en pleine musculuse, existe un abcès. A sa périphérie on voit de la congestion des vaisseaux et une énorme infiltration leucocytaire qui dissocie les faisceaux de fibres musculaires. Ceux-ci disparaissent peu à peu de la périphérie au centre où on ne trouve plus que des leucocytes et des blocs de cellules nécrosées.

Sur les coupes colorées par la méthode de Gram, on voit, au centre de l'abcès décrit ci-dessus, des cocci en chaînettes prenant le Gram et ayant tous les caractères morphologiques du streptocoque. Ils sont très abondants et forment par places des amas considérables. On n'en trouve pas dans la zone périphérique de cet abcès ni dans les veines de la paroi.

Obs. 15. — *Abcès unique ouvert dans le péritoine, non diagnostiqué ni opéré.* — Mort (Saxinger, d'après Otto Franqué.)

Femme de trente ans présentant les symptômes d'une péritonite généralisée depuis quarante-huit heures. Toujours bien portante auparavant.

Il y trois mois accouchement laborieux, enfant mort. Restait au lit trois ou quatre semaines.

Morte trente-six heures après entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Péritonite putride suppurée.

Utérus du volume d'un œuf d'oie. Dans sa partie postérieure foyer du volume d'une noisette, plein de pus, présentant un petit orifice. Autour de l'abcès le parenchyme utérin est mou, rouge terne. L'abcès ne communique pas avec la cavité utérine.

L'abcès a dû débiter il y a trois mois. Origine puerpérale. La péritonite mortelle est due à sa perforation.

Obs. 16. — *Abcès de l'utérus ouvert dans le péritoine. Pas d'opération. Mort* (Grammatikat-Vrach. Saint-Pétersbourg, 1886.)

En 1881, le 22 mars, est entrée à la clinique d'obstétrique une femme de trente-cinq ans, se plaignant d'une tumeur abdominale très douloureuse.

A la suite d'une chute, il y a huit mois, aurait remarqué des irrégularités de la menstruation. Règles plus abondantes. Cette femme fit une seconde chute quelque temps après ; elle remarqua alors une tumeur dans la région inguinale droite et ses règles cessèrent en novembre 1880.

Femme très maigre, petite, rachitique. Dans l'abdomen on trouve une tumeur arrondie, dure, élastique, mobile en tous les sens, indolente à la palpation et remontant jusqu'à l'ombilic. A l'auscultation de la tumeur, bruits synchrones au pouls de la malade. Par le toucher on constate que la tumeur se continue avec l'utérus.

Pigmentation des seins et de la ligne blanche, présence de tubercules de Montgomery et autres signes de grossesse.

Étant donnée l'asymétrie du bassin, on pratique l'accouchement provoqué au huitième mois.

Le soir de l'accouchement, la malade eut de violents frissons et ressentit, au niveau de l'utérus, une douleur vive qui persista les jours suivants ; les lochies étaient purulentes et fétides.

Bientôt se déclarèrent les symptômes d'une péritonite généralisée à laquelle la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva une grande quantité de pus dans le petit bassin. L'utérus était augmenté de volume et flasque, le fond était recouvert de fausses membranes et se trouvait très aminci surtout à gauche. On y constate une ulcération profonde en forme de trou à bords excavés, irréguliers, dont le grand diamètre correspondant à l'axe transversal, mesurait 3 cm. 9 ; la paroi postérieure de l'utérus avait 9 centimètres de long ; la paroi antérieure 7 cm. 5 environ. L'épaisseur des parois était de 1 à 1 cm. 5. Les trompes et les ovaires recouverts de fausses membranes adhéraient à la paroi postérieure de l'utérus...

La recherche des microorganismes dans les lymphatiques et les vaisseaux thrombosés a été négative.

Obs. 17. — *Abcès de l'utérus non opéré. — Mort* (Professeur Budin, Soc. Obst. de Paris, 4 juillet 1901).

Pour ma part, je n'ai vu jusqu'ici que deux abcès de l'utérus.

La première fois, c'était sur une table d'autopsie de Saint-Antoine, où j'étais interne en 1873; la malade avait été soignée dans un service voisin et je ne sus rien de son histoire.

Obs. 18. — *Abcès de l'utérus non traité. — Ouverture spontanée. — Guérison* (Budin, suite de la communication ci-dessus).

Une autre fois, c'était vers 1881, chez une femme récemment accouchée, près de laquelle j'avais été demandé rue Clovis. A l'examen bimanuel, un doigt ayant pénétré dans l'utérus, on sentait un abcès dans la paroi latérale droite de l'organe. Cet abcès s'ouvrit spontanément quelques heures plus tard et la malade guérit.

Obs. 19. — *Double abcès de l'utérus. — Mort par embolie* (Andérodias et Péry, in thèse de Sauvé).

La malade âgée de dix-neuf ans, culottière, entre à la clinique d'accouchement le 15 juillet, enceinte de sept mois et demi.

Antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien d'intéressant. Ses parents sont vivants et bien portants, elle n'a jamais été malade. Sa grossesse qui est la première et qui paraît au terme de sept mois et demi, s'est fort bien passée, la malade se plaignant simplement de quelques vomissements et de varices peu accentuées des membres inférieurs.

L'accouchement a lieu le 2 septembre, à 2 heures du matin; sommet en O.I.D.P; durée totale du travail: dix-sept heures environ; enfant vivant de 3 kgr. 460, né spontanément; pas de déchirure du périnée proprement dite, mais très nombreuses éraillures du vagin. La délivrance est faite sans incident, placenta de 430 grammes; les membranes semblent complètes. A noter, que la délivrance et l'accouchement ont été pratiqués par une élève sage-femme qui opère pour la première fois, sous la surveillance des maîtresses sages-femmes.

Les trois premiers jours des suites de couches, rien de particulier, sauf une élévation à 96 du pouls qui, d'ailleurs, retombe immédiatement à 80, puis à 76. Le matin du quatrième jour, 36°5 et 76, dans la soirée, frisson et élévation de température, 40°4.

L'utérus est légèrement sensible au niveau de la corne gauche ; les lochies sont épaisses, rouillées, non fétides ; on voit de nombreuses ulcérations de la muqueuse vaginale, recouvertes d'exsudats pseudo-membraneux. Injection vaginale à l'eau oxygénée, puis intra-utérine à l'eau iodée à 30/00, léger tampon de gaze imbibé d'eau oxygénée à demeure dans le vagin. Injections fréquentes au permanganate de potasse et à l'eau oxygénée alternativement. Quelques heures après, la température tombe à 39°5, puis le lendemain matin à 37°8 : pouls 90.

Cinquième jour. — La température remonte le soir sans frissons à 40 degrés, pouls 124. Nouvelle injection intra-utérine. Injections vaginales à l'eau oxygénée.

Sixième jour, température 39°4 et 40°4. Utérus indolore. Lochies de plus en plus épaisses, véritablement purulentes. On ne fait pas d'injection intra-utérine. Cautérisation des eschares du col et du vagin, avec la glycérine créosotée et la teinture d'iode. L'état général se maintient bon.

La malade continue à nourrir son enfant qui est bien portant. Les injections fréquentes sont continuées. L'utérus demeure gros mais non douloureux. Les lochies sont très purulentes. La température, après avoir oscillé pendant quatre jours entre 39 et 40 degrés, commença le onzième jour à descendre en lysis. État général bon. La malade ne se plaint de rien ; il n'existe en particulier ni œdème des jambes, ni douleur localisée sur le trajet des saphènes ou de la fémorale. Cependant, le treizième jour, malgré la chute progressive de la température, l'utérus, qui est demeuré volumineux, est un peu douloureux au niveau des deux cornes surtout à gauche ; il existe un peu de ballonnement du ventre. La température, malgré tout, baisse progressivement.

Le matin du seizième jour, elle est de 37°6. Localement, les eschares vaginales sont tombées et les plaies cicatrisées ; l'état général est assez bon, lorsque le soir du même jour, brusquement, la température remonte à 40 degrés, aucun frisson. La malade a un vomissement alimentaire, puis, au moment où elle se tourne dans son lit, pour allaiter son enfant, elle meurt foudroyée par une embolie.

Autopsie (pratiquée trente-six heures après la mort). — L'aspect du cadavre ne présente rien de particulier que de la cyanose de la face, pas de ballonnement bien caractérisé du ventre, pas d'œdème au niveau des membres inférieurs.

A l'ouverture du ventre, les anses intestinales ont un aspect

normal; par contre, en voulant relever le grand épiploon on s'aperçoit qu'il est adhérent, en bas aux deux cornés utérines; on le sectionne au-dessus des adhérences. En relevant les anses intestinales, on aperçoit l'utérus nettement augmenté de volume, son fond remontant notablement au-dessus du pubis (seizième jour). En arrière, dans le Douglas, existent quelques fausses membranes jaunâtres, très discrètes et une minime quantité de liquide un peu louche. En avant, à droite comme à gauche, occupant une position symétrique, on aperçoit une grosse bosselure du volume d'une noix, de coloration jaunâtre. Il est facile à première vue de constater qu'il existe là, de chaque côté, un volumineux abcès superficiel à peine recouvert par le péritoine et une minime épaisseur de la paroi utérine. Tout autour il y a un peu de réaction péritonéale et l'épiploon est adhérent, mais il n'a pas de coque pseudo-membraneuse d'enkystement et il paraît évident que, si l'un de ces abcès s'était ouvert, la grande cavité péritonéale eût été envahie d'emblée.

L'utérus est enlevé tout entier avec précaution, de façon à étudier les rapports de ces abcès. Ceux-ci ne sont nullement dans le tissu cellulaire du ligament large, mais bien dans l'épaisseur de la paroi utérine, bien que proéminents fortement vers la séreuse. La trompe, absolument libre, passe au-dessus de l'abcès à droite comme à gauche, il n'y a aucun rapport entre la cavité tubaire et la paroi de l'abcès.

L'utérus est ouvert sur sa paroi antérieure; l'aire placentaire apparaît tapissée d'un exsudat gris, noirâtre peu adhérent, sans aucune odeur, ne présentant pas l'aspect de la bouillie putrilagineuse que l'on trouve si souvent au niveau de l'aire placentaire des utérus infectés. Les collections suppurées sont séparées de la cavité utérine par une épaisseur considérable de paroi; il ne semble pas qu'elles aient aucune tendance à s'ouvrir de ce côté.

A la coupe de la paroi utérine, on ne trouve aucune infiltration purulente, appréciable en dehors de la zone des abcès. L'un de ceux-ci est incisé, la paroi est irrégulière, rougeâtre, anfractueuse, avec des prolongements irréguliers. Le pus est jaune, bien lié, non fétide et présente l'aspect du pus louable des anciens auteurs. Une partie de la paroi de l'abcès a été incisée et soumise à l'examen de M. Sabrazès, qui a donné la réponse suivante : « L'abcès pénètre dans le muscle utérin et s'y continue sous l'aspect de foyer cunéiforme lymphangitique. Beaucoup de Matzellen dans la coupe, sauf au niveau des parties abcédées. »

L'examen des veines des ligaments larges, des veines utérines et hypogastriques ne donne rien d'anormal; il est vrai que l'on s'est borné à les palper attentivement sans les ouvrir; il en est de même de la veine iliaque externe. Le tissu cellulaire du bassin est le siège d'une assez forte infiltration.

L'examen du cœur montre la présence au niveau de l'embouchure de la V. C. I. et de toute l'oreillette droite de caillots caractéristiques, évidemment anciens, allongés, semblant correspondre comme volume aux veines utérines ou utéro-ovariennes, mais sans que l'on ait pu déterminer exactement leur point de départ. Les poumons ne sont pas notablement congestionnés. Les autres organes paraissent sains.

Il s'agit donc bien d'abcès de l'utérus survenus au cours de la puerpéralité, n'ayant pas déterminé la mort, mais qui auraient pu y conduire par leur ouverture dans le péritoine.

Note de l'auteur de la thèse. Il est probable que dans les observations VII à XVI on aurait sauvé les malades si le diagnostic eût été fait et une intervention pratiquée. Il s'agissait, en effet, de cas non compliqués. Dans l'observation XVIII, la guérison a été due au fait que la collection était sous-muqueuse et a pu s'ouvrir spontanément. Sinon la mort en eût été probablement la terminaison. Quant à l'observation XIX, comme le font remarquer les auteurs de cette observation, si l'embolie n'eût été la cause de la mort, l'ouverture des abcès dans le péritoine eût probablement amené la terminaison fatale.

b) *Abcès tuberculeux*

Obs. 20 (Résumée). — *Abcès tuberculeux multiples de l'utérus*. (Giovanni Guzzo, *Accumulation de pus dans l'intérieur de l'utérus. — Tubercules et rupture de l'utérus*, Soc. anat., 1847, t. XXII, p. 33).

Femme de trente-quatre ans, mariée, traitée pour tuberculose de l'utérus se manifestant par des douleurs utérines et des irrégularités menstruelles depuis la puberté et un développement énorme

de l'utérus avec adénopathies inguinales axillaires et cervicales. Mort avec symptômes de rupture utérine.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappa des gaz fétides et une grande quantité de pus blanchâtre, peu dense, à cause de son mélange avec de la sérosité. L'utérus adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen depuis le pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic, remplissait les régions iliaques, les flancs, et une partie des hypocondres, son fond dépassait l'ombilic, et était recouvert par le grand épiploon qui était coloré en rouge foncé, ainsi que la face antérieure de l'utérus. Pour enlever cet utérus, dans lequel on sentait une fluctuation manifeste, il fallait procéder de haut en bas, car par les côtés, des adhérences solides et inextricables ne permettaient pas de le tenter ; or, en attirant en avant le fond de l'utérus avec une main tandis que de l'autre on cherchait à le détacher des adhérences qui le fixaient dans le flanc gauche, on fit sortir un flot abondant d'un pus plus épais que le précédent, qui provenait de l'intérieur de l'utérus. On introduisit le doigt dans l'ouverture de la face postérieure de l'utérus par laquelle venait ce pus, et un bistouri boutonné put être conduit de cette ouverture au pubis, de manière à bien montrer l'intérieur de l'utérus. La cavité était remplie par une grande quantité de pus blanchâtre, presque inodore, analogue au pus des abcès phlegmoneux,

En introduisant un doigt par le vagin, on put en forçant un peu, le faire passer par l'ouverture du museau de tanche, et arriver dans le foyer de la cavité utérine qui pouvait ainsi se vider au dehors. La surface intérieure de l'utérus était inégale, irrégulière, parsemée de formations hypertrophiques nouvelles, à formes variées, les unes en forme de mamelons, les autres semblables aux colonnes charnues du cœur, d'autres, sortes d'excroissances fongueuses, de grandeurs variées, dont quelques unes pourraient être comparées à des débris de placenta, toutes séparées par des sillons, des impressions, des rainures plus ou moins marquées, dans lesquelles le tissu utérin était évidemment exulcéré. Les parois utérines divisées étaient épaisses et denses ; dans certains points, elles contenaient des masses d'un volume variant depuis celui d'un noyau d'olive, jusqu'à celui d'une grosse noix, qui étaient de vrais tubercules, les uns à l'état cru, les autres commençant à se ramollir, d'autres ramollis et convertis en foyers de matière purulente épaisse. Quelques uns de ces abcès tuberculeux, très voisins de la cavité utérine, étaient prêts à s'y ouvrir. Les fibres

utérines étaient très caractérisées, on aurait pu aisément en suivre la direction. En avant et en bas, grosse masse en voie de ramollissement.

Les trompes et les ovaires n'ont pas été examinés.

Les autres viscères abdominaux n'offraient rien de remarquable.

Obs. 21. — *Abcès tuberculeux de l'utérus (et de la trompe gauche). — Mort par tuberculose pulmonaire* (Maurice Letulle, *Tuberculose pulmonaire. — Lésions tuberculeuses de l'utérus et des trompes. — Péritonite chronique simple*, in *Bull. de la Société Anat. de Paris*, 1878, 4^e série t. III, p. 333).

V., Jeanne, vingt ans, était entrée dans le service du Dr Constantin Paul, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une tuberculose pulmonaire arrivée à la période caverneuse. Depuis quatre mois, ses règles se sont arrêtées, mais elle n'a jamais ressenti dans aucune partie de l'abdomen la plus légère douleur. Elle est malade depuis un an. Les forces de la malade s'épuisent rapidement, l'amaigrissement devient extrême ; les cavernes se multiplient dans la moitié supérieure des deux poumons. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, V., arrivée au terme d'une cachexie profonde, meurt le 10 juin.

À l'autopsie, les poumons sont creusés de cavernes nombreuses entourées d'îlots de tubercules plus ou moins confluents. L'abdomen présente des lésions intéressantes dont les plus importantes sont les suivantes : La cavité péritonéale, dans toute son étendue, est cloisonnée par des adhérences anciennes, très solides, lamelleuses, manifestement vasculaires sur un grand nombre de points. C'est surtout autour du foie, de la rate, et au milieu des anses intestinales que ces adhérences péritonéales sont le plus solides ; on laisse même une certaine quantité de parenchyme hépatique adhérent aux néo-membranes sous-diaphragmatiques.

La cavité pelvienne est presque libre d'adhérences, sauf au pourtour des deux ovaires et de l'extrémité libre des trompes qui sont accolées aux parois pelviennes dans le voisinage du détroit supérieur. Il est important de noter ici qu'il n'existe aucun tubercule dans le péritoine sauf en un point : On trouve dans l'épaisseur du méso-cœcum deux granulations tuberculeuses grises, grosses comme une tête d'épingle. Cette intégrité de la séreuse péritonéale, au point de vue de la tuberculose, était d'autant plus curieuse que nous découvrions en même temps des altérations tuberculeuses

très avancées de l'utérus et des trompes. La trompe droite est épaisse et dure. Mais, ayant conservé sa forme, elle rappelle absolument comme aspect et comme consistance un canal déférent, envahi par l'infiltration tuberculeuse diffuse.

Le canal de la trompe est ouvert jusqu'au bord de l'utérus et l'on remarque que la muqueuse paraît saine, mais que la paroi est transformée en un tubercule rigide d'un gris blanchâtre ; les tissus qui constituent le canal ne sont nullement ramollis. La trompe gauche au contraire, offre un aspect bien différent. Elle est déformée par deux bosselures jaunâtres, arrondies, lisses ; du volume, d'une petite noisette, manifestement fluctuantes.

En effet, à l'incision du canal, on voit le contenu de deux tumeurs s'échapper sous forme d'un liquide purulent très épais, jaune blanchâtre, grumeleux.

Ces deux abcès tuberculeux vidés, on aperçoit leurs parois qui sont extrêmement minces, formées en grande partie par le péritoine. Il est bon de remarquer qu'il n'existe pas d'adhérences péritonitiques au niveau des deux trompes.

L'utérus était encore plus altéré. Au niveau de l'angle supérieur et gauche, au point même d'abouchement de la trompe dans le corps utérin, on aperçoit une énorme tumeur, atteignant le volume d'une grosse noix, cette tumeur recouverte encore par une certaine épaisseur de fibres utérines est arrondie, très lisse, largement fluctuante. Cet abcès caséux de l'utérus ne communique aucunement, en apparence du moins, avec la trompe, non plus qu'avec la cavité utérine. En effet, après ouverture de cette cavité, on ne peut par des pressions énergiques faire sourdre le pus contenu dans l'abcès. La cavité utérine est profondément atteinte. La plus grande étendue de la muqueuse du corps utérin a disparu, détruite par une ulcération grisâtre superficielle, déchiquetée sur son bord qui s'arrête assez exactement au niveau de l'union du corps avec le col. Cette ulcération de profondeur inégale, suivant les points, est recouverte par un muco-pus jaune verdâtre, visqueux, très cohérent, dans lequel l'examen microscopique ne fait reconnaître qu'un grand nombre de leucocytes granuleux accumulés souvent en amas épais et quelques hématies.

Le col est arrondi, petit ; l'orifice inférieur est très petit, rond, mais une érosion très superficielle, rosée, granuleuse, large de 3 millimètres environ, le borde inférieurement. La muqueuse vaginale est intacte, l'hymen imperforé, les ovaires sont sains. Quelques granulations tuberculeuses dans les deux reins.

Obs. 22 (Résumée). — *Abcès tuberculeux de l'utérus. — Mort par méningite.* (Weill, Société des Sciences médicales de Lyon, juillet 1888, in *Lyon médical*, 1888, t. LIX, p. 92.)

Jeune fille de dix-sept ans, non réglée, entrée à l'hôpital le 6 juillet avec des symptômes marqués de méningite tuberculeuse. Les symptômes s'aggravent. Mort le 16 juillet.

Autopsie. — Plaques caséuses de méningite localisée à l'hémisphère gauche (pied des premières circonvolutions frontales, base de la frontale ascendante, lobule pariétal supérieur).

Foyer caséux de l'utérus.

Obs. 23. — *Abcès tuberculeux de l'utérus (sans lésions chroniques des autres organes). — Mort par méningite et broncho-pneumonie* (Guzzoni degli Ancarani. — *Tuberculosi primitiva de l'utero e suoi rapporti colla tuberculosi generale.* — *Rivista di ostetrica ginecologia de Torino*, 1890, n^{os} 21 et 22).

Femme de quarante ans, morte le 7 mai. Autopsie, vingt-quatre heures après.

Cadavre bien conservé. Méningite séreuse de la voute. Méningite tuberculeuse de la base, hydrocéphalie aiguë. Foyer de méningo-encéphalite au sommet du lobe sphéno-temporal gauche.

Myocarde de couleur brune, légères stries hémorragiques sous-endocardiques dans le muscle papillaire du ventricule gauche.

Poumons avec anciennes adhérences pleurales. Dans le lobe supérieur droit, noyaux de broncho-pneumonie hépatisés.

Rate : adhérence au diaphragme ; périsplénite chronique. Peu augmentée de volume. Pulpe congestionnée hémorragique.

Reins congestionnés.

Foie : adhérence au diaphragme. Simple congestion.

Intestin : muqueuse normale.

Ganglions mésentériques et lombaires : normaux.

Vessie : normale, vide.

Utérus : déformé. Le corps présente son plus grand diamètre dans le sens transversal, 7 à 8 centimètres. Dans le sens longitudinal, on a 6 à 7 centimètres et dans le sens antéro-postérieur, 3 à 2.

Utérus augmenté de volume, spécialement quant au corps qui mesure 4 centimètres. Le col a moins de 3 centimètres et ne présente rien de particulier.

Trompe droite : Libre, sans adhérences, mais grosse et dure ; ovaire correspondant normal.

Trompe gauche : tuméfiée, tortueuse. Ostium abdominale adhérent à l'ovaire ; quelques pseudo-membranes entre l'ovaire et la face postérieure de l'utérus. resté d'une ancienne périmérite.

Sous le péritoine qui revêt la face postérieure de l'utérus, spécialement dans le cul-de-sac de Douglas, on trouve de petits noyaux jaunâtres, saillant à peine sous la séreuse. A la section de la trompe gauche, il sort une matière dense, puriforme.

Vagin : normal. Hymen intact.

Ganglions pelviens : normaux.

Section de l'utérus : catarrhe de la région cervicale.

Muqueuse du corps un peu tuméfiée.

Dilatation de l'ostium utérinum de la trompe gauche.

En sectionnant l'utérus dans la direction de la trompe gauche, on trouve un foyer caséeux situé complètement dans l'épaisseur du muscle utérin, sur une étendue de 2 centimètres, entouré d'une zone grise et par le muscle du corps utérin lui-même.

L'examen histologique de la pièce a été fait :

La mort avait donc été occasionnée par la broncho-pneumonie et la méningite concomitantes. Mais l'origine primitive de la tuberculose était dans l'ancien foyer qui existait dans le corps de l'utérus, placé dans l'épaisseur du muscle.

On n'avait donc trouvé aucune trace de tuberculose dans toutes les autres parties du corps, mais des adhérences multiples répondant à une sérosité antérieure multiple ou maladie de Concato.

Le foyer utérin est donc difficile à expliquer étant donné la virginité de la femme et le peu de vraisemblance d'une infection locale, d'autant plus que le vagin, la région cervicale et la première portion du corps étaient tout à fait sains.

Il n'est pas impossible que le virus tuberculeux ait pu être transporté par le courant circulatoire, dans l'abdomen et de là pêché par la trompe gauche pour être ensuite conduit à l'angle correspondant du corps de l'utérus.

Guzzoni degli Ancarani fait donc de ce cas une tuberculose primitive de l'utérus et démontre qu'elle a été le point de départ d'une tuberculose à distance.

Note. — On remarque que les 4 observations précédentes ont trait à des collections utérines d'origine tuberculeuse. Dans la première, la mort a été due directement à l'évolution

de l'abcès, dans la deuxième, la malade était cavitaire, dans la troisième la mort est survenue par méningite, dans la quatrième par méningite et broncho-pneumonie. Dans le premier cas, une hystérectomie pratiquée à temps eût évité la mort; dans le deuxième, la mort était fatale quel que fût le traitement; dans les troisième et quatrième une hystérectomie eût peut-être empêché les complications à distance qui causèrent la mort.

c) *Abcès multiples ou compliqués d'autres lésions*

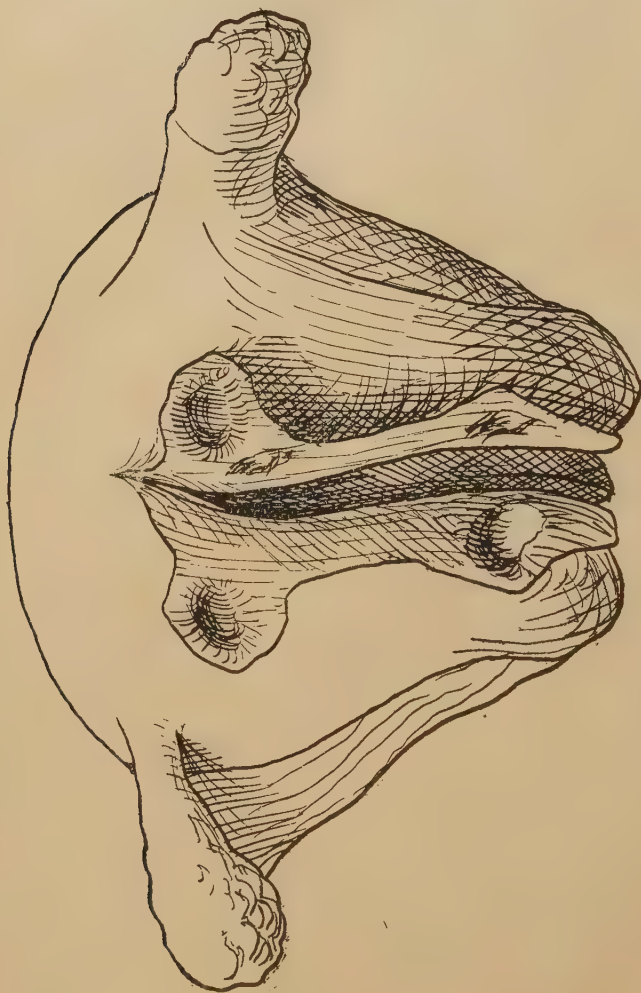
Obs. 24. — *Abcès multiples de l'utérus non opérés. — Mort par péritonite* (J. L. Championnière, *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*. Thèse de Paris, 1870, p. 24 et *Bull. de la Soc. anat.*, 1869, 2^e série, t. XIV, p. 185).

Grâce à l'obligeance de mon ami, M. Liouville, j'ai pu tout récemment étudier une pièce, type remarquable de ces abcès que j'ai présentés à la Société anatomique.

Sur une femme morte de péritonite, le 12 octobre, à la Pitié, accouchée le 31 août à l'hôpital Cochin, j'ai montré des abcès volumineux, allant de la face postérieure vers les angles; d'autres abcès siégeaient au col, à l'union du corps et du col. Il était facile de voir que ces abcès contenaient le plus un peu crémeux, sans mélange de sang qu'on trouve dans les lymphatiques; que leurs parois lisses offraient toute l'apparence des parois vasculaires; que leur siège aux angles utérins, leur situation sous-péritonéale et non intra-musculaire, les rapprochaient des lymphatiques distendus. Aucune veine n'était malade dans cet organe.

Il y avait une péritonite violente, au niveau des angles et des annexes, surtout à droite.

Il n'y avait, avec des abcès aussi volumineux, aucune trace d'inflammation du tissu musculaire.



Abcès multiples de l'utérus (d'après J. L.-Championnière)
(Obs. 24)

Obs. 25. — *Abcès utérin s'accompagnant de lymphangite purulente, collection du ligament large (non opéré).* — Mort. (J.-L. Championnière, *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*. Thèse de Paris, 1870, p. 24.)

Pièce recueillie, dans le service de M. Denos, à Saint-Antoine, par P.-L. Championnière, sur une femme morte le 31 octobre, quarante et un jours après l'accouchement. Il y avait un abcès utérin très volumineux en arrière, au niveau du corps et du col, produit par la dilatation d'un gros lymphatique, il y avait en outre, d'autres lymphatiques purulents très bien conservés, de la péritonite généralisée et une collection purulente du ligament large.

Obs. 26. — *Pelvipéritonite et abcès multiples de l'utérus, de l'ovaire, de la vessie et du tissu cellulaire pelvien.* — Pas d'opération — Mort. (J.-A. Sampson, *The American Journ. of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, t. XI, n° 3, mars 1910.)

Femme de vingt-six ans, atteinte d'infection puerpérale grave à la suite de manœuvres abortives et chez laquelle Sampson à l'autopsie, trouva une pelvipéritonite purulente, enkystée à la partie supérieure par des adhérences épiploïques et intestinales, avec de nombreux abcès dans l'ovaire, la paroi utérine, la paroi vésicale et le tissu cellulaire pelvien.

A l'examen du pus : streptocoque et colibacille.

Obs. 27. — *Abcès de l'utérus et thrombo-phlébites.* — Pas d'opération. — Mort. (J. Andérodias et Loubat, *Revue mensuelle de gynécol., d'obst. et de péd.*, 1912, p. 428.)

X..., vingt-six ans, ménagère, entre dans le service d'isolement de Canolle. le 4 octobre 1911, ayant fait un avortement chez elle deux jours auparavant.

Les antécédents sont peu chargés : de père inconnu, elle a sa mère en bonne santé. Elle-même n'aurait eu que la rougeole et la coqueluche dans son jeune âge. Réglée depuis l'âge de seize ans, elle a toujours eu des règles irrégulières, douloureuses, peu abondantes et durant trois à quatre jours.

Elle a déjà eu quatre grossesses : les trois premières se sont succédé rapidement de vingt-deux à vingt-quatre ans, et se sont terminées à terme, sans accidents ; ses trois enfants sont actuelle-

ment bien portants. La quatrième grossesse, survenue à l'âge de vingt-cinq ans, s'est terminée au bout de trois mois par un avortement de cause imprécise. Aucune des suites de couches n'a été compliquée.

C'est du 10 au 14 avril 1911 que la malade a eu pour la dernière fois des règles normales comme apparition, durée et abondance de l'écoulement. Puis elle présenta quelques vomissements, des picotements du côté des seins, tous symptômes habituels de ses autres grossesses si bien que, ne voyant pas venir ses règles, elle ne douta pas que pour la cinquième fois elle était enceinte.

20 août. — A la suite de fatigues, dit-elle, la malade eut une perte de sang assez abondante, et, à partir de ce moment-là, elle ressentit par intermittence des douleurs abdominales sans caractères bien précis, tandis qu'elle continuait à perdre du sang, mais en très petite quantité.

Le 2 octobre (cinq mois après le début de la grossesse), sans qu'on ait pu établir exactement pour quelle cause, la malade ressentit des douleurs plus violentes, de véritables contractions utérines, bientôt suivies de l'expulsion du fœtus vivant. A ce moment-là, notre malade se trouvait sans secours médicaux, et c'est le mari, ancien infirmier, qui donna les premiers soins, sectionnant et liant le cordon. Une sage-femme assista à la délivrance, qui aurait été spontanée. Dès le deuxième jour des couches, la sage-femme constata une notable élévation de la température et, sur le conseil d'un médecin, envoya sa cliente à l'hôpital.

Le 4 au soir, dès son arrivée dans le service, elle a un frisson assez intense, avec élévation thermique à 38°9; la face est vultueuse, la langue sèche, la soif est vive. La palpation de l'abdomen ne révèle qu'une légère sensibilité hypogastrique. Les lochies sont un peu fétides. Le toucher montre un col complètement ferme, surmonté d'un utérus du volume du poing, mobile.

Pendant trois jours, l'état général semble s'améliorer : la malade n'a plus de frissons, la température ne présente qu'une légère ascension vespérale, la langue est toujours un peu sèche. Légère douleur spontanée à l'hypogastre, plus marquée à droite.

Le quatrième jour, après une ascension thermique à 39°4, on se décide à explorer la cavité utérine, les lochies étant particulièrement fétides.

Le 9, anesthésie au chlorure d'éthyle, dilatation par les bougies de Hegar, toucher intra-utérin, qui montre la vacuité de la cavité utérine ; c'est à peine si le doigt ramène quelques débris altérés au

niveau de la surface d'insertion placentaire. Après lavage intra-utérin à l'eau iodo-iodurée, on fait un badigeonnage des parois utérines avec un tampon trempé dans la teinture d'iode pure. Le soir, la malade a encore un frisson, la température, monte à 39°2. Pouls 100.

La température continue à s'élever par la suite et bientôt oscille entre 40 et 41 degrés ; les frissons, de plus en plus violents, deviennent quotidiens. La langue est sèche, rôtie. La malade présente du délire ; par intermittences, elle a de la diarrhée noirâtre.

Du côté de l'abdomen, on note à peine une légère défense de la paroi, pas de douleur nette, spontanée ou provoquée. Le toucher montre un corps utérin un peu gros, pas très mobile, les culs-de-sac sont assez souples.

Comme traitement, on place de la glace sur le ventre et on fait des injections répétées d'essence de térébenthine pour déterminer des abcès de fixation, les 11, 15, 19 et 23 octobre. Une seule injection, la troisième, est suivie d'une réaction assez intense avec induration des tissus, mais sans aboutir à la suppuration.

Le 16, la malade a un frisson extrêmement violent avec élévation à 41 degrés suivi de collapsus grave ; l'huile camphrée la ranime. Les 17, 19, 21, 26 et 29, on fait chaque fois une injection intra-veineuse de 10 centigrammes de collargol.

Malgré tout, l'état infectieux persiste et s'aggrave, les frissons se reproduisent fréquemment, laissant la malade très fatiguée. Le pouls ne descend plus au-dessous de 120, la malade est prostrée avec, de loin en loin, quelques phases d'excitation, la langue est sèche, la respiration est fréquente. Cependant, lorsqu'on examine cette femme, on relève peu de lésions cliniquement appréciables, sauf peut-être du côté de l'utérus, où, en finale, on décèle de l'empâtement du cul-de-sac droit avec fixité plus marquée de l'utérus.

La malade meurt le 29 octobre, vingt-cinq jours après l'avortement, vingt-trois jours après le début apparent des phénomènes infectieux.

Autopsie. — Dès l'incision de la paroi abdominale, on constate à droite, au-dessous de l'arcade crurale, entre les muscles droits et le péritoine, au niveau des vaisseaux épigastriques, une infiltration noirâtre, purulente par places du tissu cellulaire, avec thrombose des veines épigastriques.

Dans la cavité péritonéale, il y a peu de liquide séro-purulent, un peu d'exsudat fibrineux du côté des annexes droites, où l'épi-

ploon adhère de façon lâche. L'utérus du volume du poing, est libre à gauche, où les annexes sont flottantes. Il est fixe à droite, où l'on constate un cordon induré partant de la corne droite, longeant la trompe et remontant avec l'uretère abdominal : c'est la veine utéro-ovarienne, thrombosée jusqu'au milieu de son parcours. L'utérus étant enlevé avec les annexes droites, on se rend compte que la veine du ligament rond du côté droit, très dilatée est gorgée de pus et que cette phlébite suppurée s'étend aux veines utérines droites et de là au plexus veineux hypogastrique, en sorte qu'il existe comme une éponge purulente descendant sur le bord droit du vagin. Pas de phlébite aux membres inférieurs.

L'utérus ouvert en avant sur la ligne médiane, présente, au niveau de la coupe, un abcès du volume d'une petite noix, creusé en plein tissu utérin, au niveau de l'union du corps avec le col ; la cavité s'étend davantage cependant sur le col. Deux autres abcès, gros comme des pois, sont mis en évidence par des coupes au niveau du corps.

Le poumon droit, très congestionné, présente un petit abcès superficiel sur sa face postérieure. Autres organes peu touchés.

Examen microscopique. — L'examen des parois de l'abcès a été pratiqué par M. le Dr Pierre Nadal : « Dans toute son épaisseur, la paroi utérine présente des modifications importantes, indice d'un état inflammatoire très accentué. En partant de la région interne, on trouve d'abord une zone infiltrée d'une façon très diffuse et contenant de nombreux vaisseaux dilatés et gorgés de sang. Un certain nombre d'entre-eux sont thrombosés. Des placards fibrineux se rencontrent presque dans les interstices tissulaires. Les fibres lisses de la musculature sont dissociées, parfois même émiettées, et leur coloration est plus pâle. Enfin, en coupe, l'on voit des foyers de nécrose totale, où aucun élément de tissu n'est reconnaissable. Un peu plus loin, on rencontre des infiltrations caractérisées par l'abondance des polynucléaires, indiquant un état suppuratif diffus. De loin en loin, on trouve des petits abcès d'une netteté parfaite. Enfin, les régions les plus saines dans les zones tout à fait externes présentent encore des lésions de dégénérescence très marquée des fibres de la musculaire.

En somme, on trouve dans cette partie de l'utérus :

1° D'énormes foyers de désintégration totale bordée par une zone de réaction inflammatoire et congestive des tissus ;

2° Des foyers moins brutalement frappés, qui se résolvent en collections purulentes ;

3° Des zones présentant tous les degrés de l'inflammation banale « présence de cellules géantes anormales dans certains de ces abcès ».

Le processus infectieux a été si aigu qu'il n'a guère permis aux tissus de réagir.

Note. — Les observations XXIV à XXVII traitent de cas terminés tous par la mort et il est possible qu'il en eût été de même si une intervention eût été pratiquée. L'intervention eût cependant, peut-être, amené la guérison.

En résumé, les cas non opérés (obs. VII à XXVII) se sont tous terminés par la mort, sauf l'abcès sous-muqueux de l'observation XVIII.

La mort aurait été fatale, même si la malade eût été opérée chez la cavitaire de l'observation XXI.

Nous concluons que, sur 20 cas de collections suppurées pour lesquels aucune opération ne fut pratiquée, on relève :
1 guérison ;

19 morts	{	1 était inévitable ;
		14 auraient pu être évitées ;
		dont : { 4 n'auraient peut-être pas été évitées par une intervention.

TROISIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Collections du col utérin ouvertes par le vagin

Obs. 28. — *Abscès du col ouvert par le vagin. — Guérison.* — Ashford. *Metritis.* — *Report of Columbia Hospital for women. Washington, D. C. 1873.* — *Report of section diseases of females at Columbia Hospital dispensary*, p. 252.

Fille de dix-sept ans, soupçonnant une grossesse, alla trouver un charlatan pour s'en assurer. On pratiqua sur elle une tentative d'avortement quoiqu'elle ne fût pas enceinte. Elle ressentit immédiatement de grandes douleurs et alla consulter un médecin qui

constata que le col était horriblement dilacéré, l'utérus un peu plus volumineux, extrêmement mou, le vagin chaud et couvert de sécrétions purulentes. La défécation et la miction étaient très douloureuses. Il n'y eut aucune hémorragie. Impossible que le fœtus ait été expulsé sans qu'on s'en soit aperçu. Légère élévation de température.

Le jour suivant, frisson, la lèvre postérieure était plus tuméfiée. La tuméfaction se développait vers le haut. On pensa à un abcès de la paroi postérieure du col se prolongeant aussi vers le corps; mais on ne pouvait pas sentir de fluctuation.

Le jour suivant on mit un spéculum de Simon et on incisa au bistouri la lèvre postérieure. Dès que le bistouri eut pénétré de trois quarts de pouce, il s'écoula deux onces (60 gr.) de pus et une grande quantité de sang. Le vagin fut tamponné doucement et pendant quelque temps il persista une sécrétion de pus. La malade, qui s'était trouvée soulagée dès l'ouverture de l'abcès, se rétablit après avoir gardé le lit six semaines.

Obs. 29. — Ashford rappelle une observation analogue de Churchill.

Note. — Rapprocher de ces cas favorables, l'obs. XVIII.

QUATRIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Hystérectomies vaginales

Obs. 30. — *Abcès utérin et abcès de l'ovaire.* — *Hystérectomie vaginale tardive.* — *Mort.* — J.-C. Stinson. (*New-York medical record*, 1897, p. 203-207.)

M^{me} L..., trente-sept ans, trois enfants vivants, toujours bien portante. A eu deux avortements; après le deuxième elle fut obligée de garder le lit pendant trois mois.

Je l'ai vue pour la première fois le 19 mars 1897. Déjà six semaines auparavant, le Dr Selling fut consulté à cause d'hémorragies persistantes dues probablement à un décollement partiel. Au moment où je vis la pauvre femme, elle était dans un état général déplorable, très anémiée, presque en collapsus, elle avait des vomissements fréquents, maux de tête et soif intense, des douleurs

utérines rythmiques étaient accompagnées d'écoulements de sang inquiétant. Pouls 140. T. (de la bouche) 101 degrés, abdomen sensible, utérus gros comme au sixième mois de la grossesse, orifice utérin dilaté, admettant un doigt qui pouvait sentir au-dessus de l'orifice interne une portion du placenta détaché.

Vu ces conditions alarmantes, nous procédâmes à un avortement provoqué. Le fœtus sentait très mauvais. L'utérus fut curetté et un peu irrigué avec une solution de sublimé, puis avec de l'eau bouillie. La malade était dans un état tellement précaire qu'on ne pouvait lui administrer aucun anesthésique. Elle vomissait les stimulants qui lui étaient donnés pendant l'opération, elle fut nourrie, pendant quelques jours, par la voie rectale seule.

L'utérus fut ensuite lavé deux fois par jour. On continua à lui administrer des stimulants, des toniques et enfin des aliments solides dès que l'estomac put les supporter. Mais la température monta graduellement ($1\frac{1}{2}^{\circ}$ par jour) de 101 à 103 degrés. Alors on curetta l'utérus à nouveau et on le lava avec de l'acide phénique. La température tomba de nouveau à 101 degrés, quand soudain la malade eut un frisson et la température s'éleva à 104 degrés.

Apparaissent alors de la douleur et de la sensibilité dans la région inguinale gauche. Troisième curettage et lavage au sublimé et au peroxyde. La température descend immédiatement à 100 degrés puis en quelques jours à 98°8. Cet état dure quelques jours. Le pouls varie de 100 à 105.

Dans l'après-midi du 11 avril, la malade eut un petit frisson suivi de l'élévation de température à 102 degrés et de douleurs du côté gauche au-dessus du pubis. L'examen révéla un épaississement de la sensibilité de la trompe et de l'ovaire gauches et aussi quelque sensibilité du côté droit. La température oscilla alors pendant quelques jours entre 101 et 102 degrés, mais le soir du 16 avril elle atteint 103°2. L'état général de la patiente était maintenant triste. Pensant qu'elle pouvait être sauvée par des mesures radicales, j'entrepris, le 17 avril à huit heures du matin, une opération.

La température était à 101 degrés, pouls 110. Le chloroforme fut administré à petites doses. La malade fut placée comme pour l'opération de la pierre, le bassin légèrement élevé (table d'Edebohl). L'utérus, les tubes et les ovaires furent enlevés par le vagin moyennant énucléation avec ligature individuelle des vaisseaux. L'hémostase, un peu difficile à cause de la friabilité et du volume de l'utérus, fut facilitée par l'emploi d'une longue pince

servant d'hémostatique, de levier et de tracteur. La longue pince fut « clampée » successivement sur les ligaments larges près de l'utérus. Les vaisseaux furent liés avec le catgut.

Après l'ablation de l'utérus et des annexes une portion d'intestin fut lavée avec une solution saline et essuyée avec des éponges. Le bassin, les angles des ligaments larges et le vagin furent remplis systématiquement et légèrement de larges bandes de gaze au sublimé. Pansement en T.

Description des organes enlevés. — L'utérus était du volume d'un organe gravidé entre trois et sept mois, évidemment il avait subi déjà une évolution considérable. Les parois étaient très friables, dans la paroi gauche près du fond se trouvait un abcès. Le tube gauche contenait du pus. A la pression une quantité de pus sortit de la corne gauche de l'utérus (abcès tubo-utérin). L'ovaire gauche était du volume d'un œuf de poule et renfermait un petit abcès à sa surface, là où il était en contact avec le tube ; tube et ovaire droits étaient seulement injectés.

Traitement ultérieur. Injections sous-cutanées d'alcool et de strychnine, de même que de solutions salines.

Température monte à 103°4. Mort dix-huit heures après l'opération.

Autopsie. — Cavité péritonéale contenait plusieurs drachmes de liquide séreux. Pas d'hémorragie interne.

Obs. 31. — *Abcès de l'utérus. — Pyosalpinx bilatéral. — Thrombose de l'artère spermatique droite. — Hystérectomie vaginale. — Mort (Treub).*

B... femme H...; vingt-huit ans.

Deux accouchements antérieurs (il y a sept et cinq ans et demi).

A eu un avortement (spontané?) de trois mois et demi il y a quatre jours. Aurait eu de la fièvre avec frissons et des pertes quelques jours avant l'avortement (ce qui motive le point d'interrogation de plus haut). En ville, le médecin n'a pu extraire que le fœtus et nous envoie la malade quatre jours après son intervention.

19 novembre (4^e jour). — Pouls 102; température 39°1. Curage et curettage suivi de tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Température soir 36°9; pouls 90. Pas d'examen bactériologique du placenta ichoreux.

20 novembre. — Température matin 36°9 ; pouls 106. Température soir 36°9 ; pouls 94.

21 novembre. — Température matin 37°3 ; pouls 86. Température soir 37°3 ; pouls 90. Tampon enlevé.

22 novembre. — Température matin 38°3 ; pouls 108. Irrigation utérine. Teinture d'iode. Tampon. Température soir 39°6 ; pouls 118.

23 novembre. — Température matin 38°6 ; pouls 120. Irrigation utérine. Tampon. Température soir 37°9 ; pouls 98.

24 novembre. — Température matin 36°9 ; pouls 86. Tampon enlevé. Température soir 37°6 ; pouls 84.

25 novembre. — Température 37°2 et 37°6 ; pouls 92 et 84.

26 novembre. — Température matin 38°6 ; pouls 100. Irrigation utérine. Teinture d'iode. Température soir 38°5 ; pouls 106.

27 novembre. — Température matin 39°1 ; pouls 110. Frissons. On découvre à droite et à gauche une tumeur annexe. Sac de glace sur le ventre. L'emploi est continué.

28 novembre. — Température 40°2 ; pouls 112. Nouveau frisson. Collapsus. Potion camphrée et vin en grande quantité. Température soir 39°2 ; pouls 118.

24 novembre. — Irrigation utérine.

Les jours suivants, le pouls se remet et la température descend (Température 37°1 à 38 degrés ; pouls 94 à 104).

4 décembre. — Température matin 38°8 ; pouls 100 ; température soir 38°8 ; pouls 110.

5 décembre. — Température matin 37°8 ; pouls 100 ; température soir 39 degrés ; pouls 104.

6 décembre. — Température 36°9 et 40°5 ; pouls 116. La tumeur droite se fait sentir au-dessus du pli de l'aîne. L'état général devient de plus en plus mauvais, le pouls aussi.

7 décembre. — Température 39°4 et 39°5 ; pouls 112 et 118.

8 décembre. — Température 38°6 et 39°3 ; pouls 108 et 114.

9 décembre. — Température 37°9 et 38°9 ; pouls 114 et 110.

10 décembre. — Température 39°1 et 40°5 ; pouls 118 et 130.

11 décembre. — Température matin 37°1 ; pouls 96. Hystérectomie vaginale. L'utérus, très friable, est enlevé par morceaux. Les pyosalpingites sont ouvertes. Il paraît impossible d'enlever ces sacs. Tampouneement à la gaze iodoformée. Dans la paroi utérine se trouve un abcès ; l'artère spermatique droite est thrombosée. Température soir 37°6 ; pouls 112.

12 décembre. — Température matin 37°6; pouls 124; température soir 37°1; pouls 128.

13 décembre. — Température matin 37°8; pouls 132. Phlébite thrombotique à la jambe gauche. Température soir 36°8; pouls 134. La malade dépérit de plus en plus.

14 décembre. — Température 37°6 et 37°4; pouls 124 et 106. Morte le 15 décembre.

Autopsie. — Péritonite septique diffuse.

Note. — Vu le long temps qui s'est écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et l'opération, on peut penser que la guérison eût été possible si l'opération eût été plus précoce. On voit, par cette observation, l'infériorité de l'hystérectomie vaginale qui ne permet pas ici l'ablation des pyosalpinx. Quoique l'intervention fût tardive, la malade aurait peut-être guéri si, par une intervention abdominale, on eût enlevé les poches suppurées et empêché la propagation de la péritonite.

Obs. 32. — *Abcès multiples de l'utérus avec abcès du ligament large. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.* — Turenne (*La Gynécologie*, t. III, 1898, p. 105).

Antoinette P..., multipare de quarante-trois ans, sans passé génital pathologique. Accouchement à terme, le 6 septembre 1897, suivi d'une légère hémorragie.

Quelques heures après, une douleur vive apparaît dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'arcade crurale, avec irradiation dans la cuisse droite.

Dix jours après, sans que la douleur disparût, on constate un écoulement fétide qui cède rapidement à des injections vaginales.

Dès les premiers jours, il semble avoir existé une fièvre légère (céphalée vespérale, bouffées de chaleur, inappétence)

Un médecin est appelé à ce moment, et, sans examiner la malade, établit un traitement symptomatique (onctions belladonnées, fomentations chaudes, injections vaginales).

Cinq jours après, un autre collègue constate l'existence d'une

tumeur latéro-utérine, petite, douloureuse, qui augmente rapidement. Il continue le traitement institué dès le commencement, mais ne formule pas de diagnostic. La température, pendant quinze jours oscilla entre 38 et 39 degrés.

Je suis appelé en consultation le 28 octobre.

Je trouve une malade très affaiblie, au teint jaunâtre, émaciée, sous-fébrile (37°8). A un examen rapide, je perçois une tumeur de la grosseur d'un œuf d'autruche, mobile, douloureuse, fluctuante, accessible autant par l'abdomen que par le cul-de-sac vaginal antéro-latéral gauche, déviant l'utérus à droite. La sensibilité abdominale m'empêche de serrer de plus près le diagnostic. Avec réserves, je formule le diagnostic d'abcès du ligament large, et conseille une intervention immédiate, et le transport de la malade à la clinique gynécologique de la Faculté, réservant pour ce moment un examen plus approfondi.

Le 2 novembre j'opère, assisté par le Dr Böttaro, chef de clinique gynécologique, et M. Calcinardi, interne. L'examen fournit les renseignements suivants : col mou, entr'ouvert, saigne facilement. écoulement jaune gommeux, strié de sang. Corps volumineux, mou, douloureux, 11 centimètres, cavité déviée à droite, assez mobile, descend avec facilité.

A gauche, tumeur bien limitée, de la grosseur d'un œuf d'autruche, accessible au-dessus de l'arcade de Poupart, accessible également par le cul-de-sac antéro-latéral ; ses mouvements se communiquent à l'utérus, dont elle est séparée à peine par un petit sillon dans la région juxta-cervicale ; plus haut elle semble former corps avec lui ; fluctuation nette, mobilité de la tumeur, pas de plastron abdominal, pas d'empâtement des culs-de-sac. La tumeur a plutôt l'apparence d'un kyste du ligament que d'une tumeur inflammatoire, mais la marche clinique nous fait affirmer le diagnostic d'abcès du ligament large.

Opération. — En faisant la dilatation avec les Hégar, malgré la prudence de leur application, un d'eux file brusquement dans la profondeur et donne la sensation d'une perforation de l'utérus. La muqueuse est à peine fongueuse, mais l'utérus est très friable, il se déchire à la moindre traction de la pince de Museux.

Incision circulaire du vagin sur le col ; la vessie se décolle facilement, le tissu cellulaire vésico-utérin est absolument sain. A mesure que la libération progresse, la tumeur devient plus mobile et plus indépendante de l'utérus ; quand son pôle inférieur est

accessible, je ponctionne avec le trocart Laroyenne, puis je fends largement la poche. Une grande quantité de pus jaune, bien lié, sans odeur, s'écoule de la cavité. Lavage de la cavité et exploration digitale qui démontre la texture aréolaire de ses parois.

Redoutant la possibilité d'une perforation utérine, je décide d'achever l'opération par une hystérectomie vaginale, profitant pour cela de l'incision vaginale que je complète sur les côtés avec deux autres perpendiculaires d'un centimètre de longueur.

Je poursuis le décollement en avant et en arrière, ouverture du Douglas; partout le tissu péri-utérin est absolument sain. La bascule de l'utérus est rendue difficile par la friabilité de son tissu qui rend impossibles les tractions. Hémisection antérieure. Au niveau de l'isthme l'incision tombe en plein dans une cavité purulente, pleine d'un liquide gommeux strié de sang. A mesure que la section avance, de nouvelles cavités sont ouvertes soit avec les ciseaux, soit au moment des tractions. Toutes les cavités sont en plein tissu utérin, la plus grande occupe le fond de l'organe. Ouverture du cul-de-sac antérieur et bascule de l'utérus. Placement de deux pinces sur les annexes droites et de trois sur les gauches en dehors de la cavité de l'abcès.

Des deux côtés les annexes sont absolument saines.

Après l'opération, on fait à la malade une injection sous-cutanée de 500 centimètres cubes de sérum artificiel pour relever le cœur qui faiblissait légèrement.

La température ne dépasse pas 37°8 les trois premiers jours; l'apyrexie fut complète après.

Le 23 novembre, le péritoine était complètement fermé. À la place de l'abcès du ligament large il restait une petite cavité de la grosseur d'une noix qui bientôt fut comblée.

La malade quitta l'hôpital au commencement de décembre, absolument guérie.

Obs. 33. — *Abcès utérin du volume d'une noisette, quatre petits abcès miliaires, un abcès du ligament large. — Hystérectomie vaginale. — Mort* (Faure et Mouchotte, thèse de Mouchotte.)

F... A..., femme D..., primipare. Accouchement spontané, à terme, le 31 mai 1902. Durée du travail, deux heures trente.

6 juin. — La femme a de la fièvre. Facies rouge, pas de céphalée.

Douleur à la pression au niveau de la zone utérine. Quinine. Injection vaginale au permanganate.

7 juin. — Soif vive.

8 juin. — Température soir 39 degrés. Injection vaginale au permanganate.

9 juin. — Température 39 degrés. Frissons.

10 juin. — Température 38°5. Constipation. Glace sur le ventre. Lavements. Quinine. Injections vaginales au permanganate.

11 juin. — Douleur abdominale à la pression (région hypogastrique).

12 juin. — Soif vive. Fièvre persistante. Quelques vomissements noirâtres.

13 juin. — La femme est amenée à l'hôpital Saint-Antoine à 11 heures du matin, dans le service du D^r Monod. Température 39°8. Pouls 132. Utérus gros, mou, douloureux au palper et toucher combinés; culs-de-sac libres, souples, non douloureux. Col fermé, mou. Hystérométrie : 12 centimètres. Le doigt pénètre dans l'utérus et sent, sur la face antérieure de la cavité utérine, des rugosités qu'il ne peut complètement détacher. La curette ramène alors ces débris ovulaires adhérents, non fétides. Injection utérine au permanganate. Mèche de gaze stérilisée.

Température soir, 38°6; pouls 120. La malade se trouve mieux. Sérum 1.000 grammes.

Examen du sang. — Après le curettage :

N.....	3.596.000	Eq. Po.....	86
B.....	12.000	M.....	14
G.....	0,87	Ly.....	6
		Eos... ..	8

14 juin. — Température matin 36°2; pouls 130, petit. L'état général s'est aggravé. Langue rouge, sèche. Teint terreux. Conjonctives subictériques.

La région utérine (hypogastrique) est toujours douloureuse à la pression. Depuis le matin, il existe même à ce niveau des douleurs spontanées, une sensation de pesanteur. Sonorité généralisée. Pas de matité dans les flancs.

11 heures. — Battement des ailes du nez. Oppression. Assoupissement.

Malgré le subictère, M. Faure est d'avis de pratiquer l'hysté-

rectomie, l'opération lui paraissant être la seule chance de sauver la malade.

Anesthésie commencée à midi moins 4. Hystérectomie vaginale commencée à midi 2 et terminée à midi 12. Grâce à l'emploi de pinces à kystes, l'utérus très friable s'est laissé facilement et rapidement abaisser. A l'incision du cul-de-sac vaginal s'est écoulé environ un petit verre à liqueur de pus non fétide.

Après l'opération, la femme demeure faible : éther, caféine, oxygène.

Examen du sang (l'après-midi) :

N.....	3.450.000	Eq. Po.....	86
B.....	10.000	M.....	10
G.....	0,88	Ly.....	4
		Eos.....	0

15 juin. — Mort à 4 heures, matin.

Examen macroscopique de l'utérus. -- La cavité utérine a été bien nettoyée par le curettage ; en avant et surtout à droite existent des fausses membranes jaunâtres.

La face péritonéale postérieure de l'utérus est congestionnée et présente quelques adhérences rougeâtres qui ont été rompues lors de l'abaissement de l'organe pendant l'hystérectomie.

Ovaire et trompes gauches adhérent ; l'ovaire est kystique et le pavillon tubaire très congestionné. A la coupe, la trompe paraît très vascularisée.

Près du bord droit de l'utérus, à 1 cm. 5 au-dessous de l'insertion tubaire, en plein parenchyme utérin est un abcès du volume d'une grosse noisette et renfermant un pus concret. Cet abcès est formé de plusieurs loges dont la plus grande a la dimension d'un gros pois.

Examen microscopique. — La paroi utérine (dans le voisinage de l'abcès) présente des lésions énormes. On voit sur la coupe quatre petits abcès miliaires développés aux dépens de veines atteintes de phlébites suppurées. Sur certaines, la paroi veineuse a complètement disparu. Sur d'autres, on la retrouve à la périphérie de l'abcès et on reconnaît la disposition concentrique des fibres musculaires de la paroi qui sont dissociées par l'infiltration leucocytaire. Tout autour, le tissu utérin est le siège d'infiltration œdémateuse intense ; les fibres musculaires dissociées sont tuméfiées et nécrosées. Ces lésions sont analogues à celles du phlegmon

diffus. Le long de la surface interne et dans les abcès, on trouve un coccus disposé en belles chaînettes de 8 à 10 éléments. Ce coccus ne prend pas le Gram.

Ligament large près du bord utérin. — Infiltration leucocytaire autour des veines et des lymphatiques. Un petit abcès dans lequel on retrouve le même coccus que ci-dessus.

Opposition à l'autopsie.

Note. — Des quatre observations de ce groupe, trois se sont terminées par la mort, ce qui constitue une mortalité de 75 o/o.

La complexité des lésions, dans chacun de ces cas, ne pouvait permettre la simple incision des abcès.

Ici, l'hystérectomie était l'opération de choix. Mais il est probable que la voie abdominale aurait été bien préférable. (V. la note sous l'obs. XXXI). La voie abdominale aurait permis des interventions plus sûrement complètes que la voie vaginale.

CINQUIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Hystérectomies abdominales.

Abcès de l'utérus. — Hystérectomie. — Guérison.

Obs. 34. — A. Pettit et Pichevin, *Abcès de l'utérus. Semaine gynécol.*, 1896, p. 98-100.

Femme de trente-cinq ans, réglée à treize ans, qui, depuis cette époque, a toujours présenté des troubles menstruels. Avant son mariage, elle avait tantôt de l'aménorrhée pendant trois ou quatre mois, tantôt des pertes abondantes qui duraient douze ou quinze jours. Ces métrorragies amenèrent un état chlorotique très manifeste, quand la malade eut dix-sept ans.

A dix-neuf ans, M^{me} X... se maria. Trois ou quatre mois après, elle eut un écoulement sanguin peu abondant, mais continu. Les ménorragies furent aussi abondantes et revinrent tous les trois ou quatre mois.

En 1885, cette femme a une grossesse et un accouchement normaux. Les suites de couches sont très simples.

Cinq mois après ce premier accouchement, M^{me} X... fait une fausse couche de six semaines.

En août 1887, elle a une nouvelle grossesse. Accouchement régulier.

Autre accouchement plus laborieux que les précédents en juillet 1889. Pas d'accidents puerpéraux.

Les règles deviennent régulières et peu abondantes.

En 1892, M^{me} X... commence à rendre par le vagin des glaires et du pus. Ce n'est qu'à l'occasion de fatigues exagérées qu'elle ressent de la pesanteur dans le ventre. En même temps, la quantité de pus s'écoulant par le vagin était augmentée. Les règles restent régulières et non douloureuses.

Cet état persiste pendant trois ans.

En janvier 1895, des troubles dysménorrhéiques réapparaissent. Jusqu'au mois de juin, les douleurs pendant la menstruation persistent, mais il n'y a aucune souffrance, aucune perte dans l'intervalle des périodes intermenstruelles.

Au mois de juin, deux ans après la cessation de ses règles, cette malade éprouve dans le bas-ventre des douleurs intolérables. Un praticien fait une opération sur la nature de laquelle il a été impossible d'avoir des renseignements et parle à la malade d'un abcès de l'utérus, lors du départ de cette femme.

M^{me} X... reste trois semaines au lit et perd constamment du pus et du sang par le vagin.

Cette femme se plaint de douleurs dans le ventre, comme au mois de juin, et de plus, souffre en allant à la selle.

Au mois d'octobre, M^{me} X... a une hémorragie utérine abondante. On porte le diagnostic de fausse couche et la malade entre à l'hôpital quelques jours après.

Examen : Utérus volumineux, dépassant la symphyse de deux travers de doigt et en latéroposition droite avec légère antéflexion.

Le col est un peu entr'ouvert, kystique, et la matrice est mobile.

A gauche de l'utérus se trouve une masse ovaro-salpingienne de la grosseur d'une petite orange, douloureuse à la pression et assez lisse. A droite existe une tuméfaction plus petite, moins sensible à la palpation et sans bosselures. On porte le diagnostic d'utérus fibromateux avec lésions inflammatoires des annexes.

L'hystérectomie est pratiquée par l'un de nous. On enlève aisément l'utérus ; les deux masses latérales sont extraites assez faci-

lement, à gauche l'épiploon est adhérent sur une assez large surface. Guérison.

Les pièces sont examinées immédiatement.

L'utérus présente un développement considérable au niveau de la corne droite. Il existe une masse proéminente du volume d'un œuf occupant le fond et développée aux dépens de la corne gauche. La tumeur qui fait saillie par en haut s'incline à droite, de sorte que l'utérus en totalité semble être en déviation droite.

La corne gauche est un peu accentuée.

On croit à première vue que la corne gauche est occupée par un fibrome que l'on sectionne de haut en bas. On tombe dans une cavité contenant une certaine quantité de pus et séparée de la séreuse péritonéale par une épaisseur de 1 cm. 5 environ de parenchyme utérin. L'abcès, du volume d'une petite noix, s'ouvre dans la cavité utérine et est indépendant du trajet pariétal de la trompe gauche. Cette cavité est tomenteuse, irrégulière et d'aspect grisâtre. Les parois formées exclusivement par le tissu utérin se confondent avec le reste du parenchyme. En aucun point, on ne trouve trace de fibromyome.

Le pus n'a pu être soumis à l'examen bactériologique. Nous n'avons pris aucune précaution antiseptique pour ouvrir l'utérus. Les deux masses latérales étaient formées par des kystes dermoïdes suppurés.

L'examen histologique ne permet pas de doutes sur la nature de la pièce ; on est en présence d'un véritable abcès de l'utérus caractérisé par l'existence d'une collection purulente limitée par une accumulation considérable de globules de pus ; l'ensemble de ces formations s'est développé aux dépens du parenchyme utérin dont il a pris finalement la place.

La collection purulente est bornée par une couche dense de petits leucocytes d'une épaisseur variable et pouvant atteindre 1 millimètre. Les parties immédiatement sous-jacentes, vers la périphérie, sont constituées par des lacs de pus qui fusent autour des glandes utérines profondément altérées. Une troisième couche est constituée par des glandes utérines considérablement dilatées et séparées les unes des autres par une faible quantité de tissu utérin qui s'est infiltré de nombreux éléments inflammatoires. Cette disposition donne aux coupes dans cette région un aspect presque aréolaire.

Ces glandes présentent encore ici de profondes altérations : lumière comblée par un coagulum abondant ; épithélium le plus

souvent détruit. En quelques rares points seulement on constate la présence des éléments glandulaires.

Plus près de la périphérie, modifications beaucoup moins sensibles : cellules embryonnaires, épaississement des parois vasculaires.

Dans les couches les plus centrales, cellules de 20 μ avec cytoplasme et noyau bien développé.

Les auteurs les considèrent comme des cellules déciduales.

Obs. 35. — Abscès de l'utérus. — Endométrite. — Péricérite. — Hystérectomie abdominale. — Guérison. (B. Penrose, *Am. Journal of obstetrics*, 1896, I, p. 673-681.)

M. S..., vingt-quatre ans, admise à l'hôpital des femmes de Philadelphie, le 12 novembre 1895, à cause d'une appendicite aiguë. Sa température était au moment de l'admission 100°5 F. ; pouls 104.

A cette époque, elle était enceinte de trois mois et demi. L'appendice fut enlevé à l'aide d'une incision latérale. L'abdomen fut drainé avec la gaze. La guérison fut très facile. Deux jours après l'opération, la malade pouvait s'asseoir dans son lit, l'incision abdominale étant fermée. Au moment de l'ablation de l'appendice, l'utérus, la trompe et les ovaires furent trouvés normaux.

Dix-neuf jours après l'opération, avortement. Le chirurgien de l'hôpital, Dr Bloom, enleva avec le doigt le placenta adhérent. Le soir du troisième jour après l'avortement, la température monta à 104°4 F. Je fis un examen digital de la cavité utérine et trouvai une masse de tissu placentaire. J'administrai des douches intra-utérines de sublimé (1/4000), trois à six fois par jour. Le cinquième jour après l'avortement la malade eut un violent frisson avec température à 105 degrés F. Je fis immédiatement la cœliotomie et enlevai l'utérus au point de sa jonction vaginale. Voici ce qui fut trouvé : les intestins étaient fixés (au moyen d'adhérences très récentes) au bassin ; derrière l'utérus il y avait une accumulation de pus fétide (3 onces) enkysté par l'utérus, l'épiploon et les intestins qui adhéraient. Les tubes et les ovaires étaient masqués par les intestins adhérents et ne pouvaient être ni vus ni palpés. Le tissu utérin était tellement mou que l'utérus fut amputé avec les ciseaux fermés qui le traversaient comme du fromage. En séparant les adhérences de la face postérieure de l'utérus, un doigt traversa avec très peu d'effort la paroi utérine postérieure. Des

ligatures à la soie furent placées sur les artères ovarienne et utérine, et l'utérus fut enlevé à la jonction vaginale.

La cavité résultant de l'ablation de l'utérus fut bourrée d'une grande quantité de gaze stérilisée, qui sortait par l'angle inférieur de l'incision abdominale. Un drainage vaginal à la gaze fut également fait.

Immédiatement après l'opération, la malade se releva considérablement. Dès qu'elle fut revenue à elle, elle dit à sa nourrice qu'elle sentait que quelque chose qui l'empoisonnait était enlevé. Sa guérison après l'opération fut très satisfaisante.

Deux jours après l'hystérectomie, l'incision faite pour l'opération de l'appendicite se rouvrit et du pus commença à s'en écouler. Ceci dura plusieurs jours. Cependant la région de l'appendice avait été examinée au moment de l'hystérectomie et aucune communication ne fut trouvée entre le pus du bassin et l'appendice vermiculaire ; les intestins n'étaient pas, non plus, adhérents à l'appendice, excepté au voisinage immédiat de l'incision abdominale.

La malade fut guérie complètement six semaines après l'hystérectomie. Elle partit chez elle avec l'incision abdominale et la plaie vaginale complètement fermées.

Examen des pièces. — A l'examen macroscopique, l'utérus présentait les signes de gravidité de trois mois. Les préparations faites avec la sécrétion de la cavité utérine révélèrent un grand nombre de staphylocoques et quelques streptocoques. L'utérus mesurait 12 cm. 5 de longueur, 10 cm. 5 dans chaque diamètre au fond, 6 cm. 3 dans le diamètre de l'orifice interne. Le péritoine, excepté sur une petite portion de la face antérieure et supérieure du fond de l'utérus, était complètement détruit. A la face postérieure, la paroi musculaire était quelque peu déchirée et en un endroit perforée. Là, juste au-dessous de la corne utérine gauche il y avait un espace aréolaire mesurant 5 et 4 centimètres de côté et recouvert d'une pseudo-membrane ; c'était probablement la paroi d'un abcès. A la section, la paroi musculaire était très molle ; jaune clair et épaisse de 2 cm. 5. La surface interne de l'utérus était irrégulièrement recouverte, çà et là, de portions de tissu placentaire, fortement adhérent. A la face antérieure du fond, il y avait une masse lacérée de tissu placentaire, tellement adhérente qu'on ne pouvait l'arracher sans endommager le tissu musculaire.

Donc, au point de vue macroscopique, l'utérus présentait une

cellulite presque généralisée et propagée au tissu péri-utérin, puis des abcès en rapport avec la face postérieure de la corne utérine gauche et du tissu placentaire adhérent.

Au microscope, des sections furent faites sur chaque partie de l'utérus, y compris la paroi musculaire, le tissu placentaire et la paroi de l'abcès. Dans toutes les parties de la paroi musculaire entre le corps et le fond furent trouvées, parmi les faisceaux musculaires, des petites collections de cellules infiltrées, rondes et menues; ce symptôme était plus marqué vers la surface péritonéale et placentaire. Excepté au voisinage du tissu placentaire et de la paroi de l'abcès, pas de tendance à la formation des abcès. Ces abcès sont du type miliaire, à la phase la plus récente de la formation. Le tissu musculaire des vaisseaux sanguins présente une dégénérescence hyaline considérable. En dehors de cela, rien d'intéressant au point de vue pathologique. Le tissu cervical est normal.

Toutes les sections entre le corps et le fond furent préparées. Elles montrèrent une infection staphylococcique de tous les tissus. Les microbes étaient distribués dans la plus grande partie de la paroi utérine, mais surtout vers la surface péritonéale et placentaire. De cela, il résulte qu'il y avait ici une périmérite puerpérale infectieuse aiguë, avec formation d'abcès, métrite et endométrite, le tout d'origine staphylococcique.

L'infection commença-t-elle par le péritoine ou par l'endothélium? Je ne pourrai le dire. Ou bien se propagea-t-elle de la région de l'appendice? On ne peut pas dire non, d'autant plus qu'après l'opération de l'appendicite la température était toujours élevée; mais d'autre part avant l'avortement il n'y avait aucun symptôme inquiétant qu'on aurait pu attribuer aux organes pelviens.

Au moment de l'hystérectomie, la malade était dans des conditions fort critiques. Puls était à 155. Je fis l'opération à la lumière du gaz, persuadé que le lendemain aurait été trop tard.

Obs. 36. — *Abcès dans la paroi d'un utérus fibromateux. — Hystérectomie. — Guérison.* (L. Picqué et Ch. Liné, Soc. obst. de Paris, 21 décembre 1905.)

M^{me} ..., âgée de trente-sept ans, entre dans mon service de l'hôpital Bichat, salle Chassaing, n° 10.

Antécédents héréditaires. — Mère morte du mal de Bright. Père âgé de soixante et onze ans, bien portant.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort de pleurésie, un frère bien portant, une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole dans son enfance, n'a jamais été malade à part une grippe en 1891; a un fils âgé actuellement de douze ans; l'accouchement s'est très bien passé, les suites de couches furent normales.

La maladie actuelle remonte à trois mois, jamais la malade n'avait souffert du ventre, pas de troubles de compression, pas de difficultés pour uriner ou aller à la selle. La malade accuse seulement une légère pesanteur dans le bas-ventre depuis trois mois. Jusqu'à cette époque les règles avaient été très régulières, ne durant pas plus de quatre ou cinq jours; dans l'intervalle des règles jamais de métrorragies ni d'écoulements leucorrhéïques. Il y a cinq mois, la malade vit ses règles disparaître, en même temps qu'elle éprouvait des nausées qui persistèrent durant deux mois. Cet état nauséeux s'accompagnait souvent de vomissements glaireux le matin.

Les seins étaient douloureux et augmentaient de volume, mais la malade ne peut dire s'il y avait du lait. Se croyant enceinte, elle ne fit aucune attention au volume du ventre; elle dit bien que vers le deuxième mois elle avait senti du côté droit une petite tumeur de la grosseur d'un œuf, tumeur dure qu'elle prit pour l'embryon.

A la fin du troisième mois, hémorragie utérine que la malade estime du volume d'un verre et trois jours après, nouvelle hémorragie avec caillots, expulsion du fœtus. La malade est amenée dans mon service, température 37 degrés, pouls très bon. Le col utérin est entr'ouvert, pas d'hémorragie; on traite la malade par des injections très chaudes.

La nuit suivante expulsion du placenta presque en totalité. Les jours suivants, la température s'élève, on fait un premier curetage, la température tombe aussitôt, mais remonte le lendemain matin; nouveau curetage qui ramène des débris placentaires.

A ce moment le diagnostic de fibrome n'est pas douteux; il existe une grosse masse qui remonte à 4 travers du doigt au-dessus de la symphyse, irrégulière, dure et bombée. L'examen de la cavité utérine montre que celle-ci est augmentée, symptôme qui a peu de valeur en raison de la fausse couche, c'est alors qu'on discute l'opportunité de l'hystérectomie.

La température, malgré les lavages utérins et les deux curetages, se maintient toujours au-dessus de 38 degrés; on décide alors

d'intervenir, la cavité utérine étant vide. L'hystérectomie subtotale est pratiquée par le procédé habituel. Suites très simples, la malade guérit rapidement. L'examen de la pièce montre l'existence d'un gros fibrome à apparence sphacélique dans la paroi antérieure. Entre celui-ci et la paroi utérine, on constate une nappe purulente très étendue.

Le point sur lequel il me paraît nécessaire d'insister en terminant, c'est la production d'une collection purulente au voisinage d'une cavité utérine non infectée, et le cas me paraît intéressant à retenir pour apprécier les indications de l'hystérectomie au cours des accidents puerpéraux. Dans notre cas, nous sommes intervenu non pas pour parer à des accidents qui nous paraissaient bénins dans un cas où nous étions en droit de penser à l'évacuation totale de la cavité utérine, mais pour remplir l'indication opératoire qui me paraît formelle en présence d'un fibrome utérin.

Obs. 37. — *Abcès de l'utérus et annexite bilatérale. — Hystérectomie. — Guérison* (Schwartz, *Comptes rendus Soc. d'Obst. de Gynec. et de Péd.* Paris, 6 avril 1903).

Femme de trente-cinq ans, atteinte depuis quelques années déjà, à la suite de grossesses et de métrites, de lésions bilatérales des annexes. Cette femme présentait un signe qui me frappa beaucoup sans que je puisse l'interpréter : il existait au niveau du fond de l'utérus par le palper, soit uni, soit bimanuel, un point douloureux très net à la pression.

Ce point douloureux existait aussi spontanément.

Je pensai à une douleur due à des annexes adhérentes et pratiquai l'hystérectomie abdominale avec ablation bilatérale des trompes et des ovaires malades, dont elle guérit. Les annexes contenaient des foyers de suppuration. L'utérus était augmenté de volume et présentait, au niveau de son fond et à droite, une bosse dure fluctuante, grosse comme une noisette très forte. Celle-ci, incisée, laissa écouler du pus jaune, épais, analogue à celui d'un abcès chaud. Il ne s'agissait pas de lésions tuberculeuses. L'abcès était en plein muscle utérin, mais dans le voisinage de la portion interstitielle de la trompe droite.

Obs. 38. — *Double abcès de l'utérus. — Communication d'un de ces abcès avec un abcès du ligament large. — Hystérectomie.*

— *Guérison* (Penrose, *Bilateral abscess of the uterine walls*. *The American Journal of obstetrics*, 1895, vol. XXXII, p. 292.)

Femme de vingt-deux ans, Russe, multipare, malade depuis la naissance de son enfant, il y a huit semaines.

Accouchement difficile, nécessitant une application de forceps. Trois jours après l'accouchement, elle commença à souffrir dans le bas-ventre et présentait de la fièvre surtout nocturne. A son entrée à l'hôpital elle accuse une douleur de la fosse iliaque gauche.

Pendant trois jours la température oscille entre 102°3 et 100° F. Pouls 100 à 130.

Examen local. — Col déchiré. Masse solide remplissant la région ovarienne gauche.

Operation. — Laparotomie. Intestins adhérents au fond de l'utérus et aux faces antérieure et postérieure du ligament large gauche. On détruit ces adhérences et on trouve un abcès contenant environ une drachme, sur le côté droit de l'utérus au-dessous de la corne, en plein parenchyme. On trouve un abcès plus petit, sur le côté gauche de l'utérus communiquant avec un abcès du ligament large gauche qui communique lui-même par un trajet avec le muscle psoas.

Trompes semblent saines. Ablation utéro-annexielle. Après la section du ligament large, on presse sur le psoas et on voit s'échapper du pus. Lavage de la cavité pelvienne. Drainage. Guérison, deux semaines.

Examen des pièces. — Les trois diamètres de l'utérus sont 8,1 ; 7,3 ; 3 centimètres. Paroi musculaire jaune semble en dégénérescence graisseuse. Au-dessous de chaque corne, un abcès ; le gauche plus volumineux a détruit en partie le parenchyme utérin. Péritoine des faces antérieure et postérieure de l'utérus normal. Trompes présentent salpingite subaiguë avec épaissement de leurs parois : quelques kystes folliculaires.

Obs. 39. — *Fibrome utérin.* — *Avortement.* — *Endométrite déciduale.* — *Abcès central du fibrome.* — *Hystérectomie abdominale.* — *Guérison.* (Carle et Gatti, *Policlino Roma*, 1895, citée in thèse Guéry.)

Malade âgée de trente-cinq ans, entre à l'hôpital de Turin le 23 février 1894.

Réglée à quinze ans. A dix-sept ans fièvres intermittentes.

Depuis deux ans les règles viennent irrégulièrement ; tantôt tous les vingt-cinq, tantôt tous les quinze jours, et durent de sept à huit jours. Pertes blanches, constipation habituelle. Depuis deux ans aussi, la malade commence à remarquer, dans la région sus-pubienne et plutôt du côté gauche, le développement d'une tumeur du volume d'une grosse pomme ; elle ressent surtout aux époques menstruelles, des douleurs de la région lombaire.

10 janvier 1894. — Après un intervalle menstruel de vingt-cinq jours commence tout à coup une métrorragie considérable qui va continuer avec des accalmies et des recrudescences, jusqu'à la fin de février. Pendant tout ce temps, la malade est affaiblie et a souvent de la fièvre.

Dans la soirée du 22 février, les pertes deviennent plus abondantes avec expulsion de gros caillots noirâtres.

Le lendemain on transporte la malade très affaiblie à l'hôpital, les pertes s'arrêtent spontanément.

Examen de la malade : A la palpation abdominale on constate une tumeur arrivant à l'ombilic, globuleuse, de surface lisse, de consistance plutôt molle. A l'exploration vaginale on sent une tumeur dépendant de l'utérus et un col mou, assez dilaté pour donner passage à deux doigts. On pense à une fausse couche ; la malade accuse, en effet, depuis quelques mois des pausées, des vomissements, des éblouissements, des modifications du côté des seins.

On porte alors le diagnostic d'endométrite déciduale suivant un avortement dans un utérus atteint de fibrome.

Le 23 février 1894, on fait un curetage qui ramène des débris divers que le microscope montre être des villosités choriales, du tissu glandulaire et des cellules de pus.

Malgré le curetage, la température qui oscillait entre 39 degrés et 40°5 descend d'abord à 38°5, mais reste les jours suivants à 38°5 le matin et 39 degrés le soir.

En présence de cette fièvre persistante, de la persistance aussi d'une grosse masse utérine et d'un écoulement vaginal muco-purulent, on se décide à intervenir. Le professeur Carle pratique l'hystérectomie abdominale totale ; il trouve une masse solide, irrégulièrement ovalaire, très volumineuse, dépendant de l'utérus, non adhérente aux organes voisins.

Après l'opération la température descend à la normale et s'y

maintient. La malade se sent de suite soulagée et quitte l'hôpital vingt-six jours après l'opération.

Examen de la tumeur. — La tumeur a l'aspect d'un atermis gravidé de sept mois, elle est dure dans sa partie postéro-latérale droite, elle est molle et fluctuante dans la partie antéro-latérale gauche.

Le museau de tanche est mou et dilaté, sa muqueuse lisse. La cavité utérine, située sur le côté droit de la tumeur est allongée et dilatée, sa surface est lisse et dure, elle présente un polype attaché au fond et deux petits fibromes interstitiels. La masse néoplasique est développée dans la partie antéro-latérale gauche de l'utérus, là où on sentait la fluctuation. Si on incise au point ramolli, à une profondeur de 2 centimètres, on arrive dans une cavité sphérique, du diamètre d'environ 12 centimètres, d'où coule un pus verdâtre, très fétide, contenant des débris sphacelés. La partie postérieure de la tumeur a l'aspect ordinaire des tumeurs fibreuses. Les parois de l'abcès ont une épaisseur de 2 centimètres en avant et une épaisseur minima de 1 cm. 5 en arrière, le séparant de la cavité utérine. Annexes droites normales. Ovaire gauche kystique.

Examen histologique et bactériologique. — Culture de pus: *Staphylococcus pyogenes albus*.

La paroi de l'abcès est formée d'une membrane pyogène, épaisse de 1 centimètre le tissu musculaire, situé immédiatement au-dessous, est infiltré de cellules purulentes et en voie de nécrose et de liquéfaction. La trame musculaire qui sépare la cavité de l'abcès de celle de l'utérus est formée de tissu musculaire en dégénérescence nécrotique, riche en vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques: la lumière de ces vaisseaux, surtout des vaisseaux sanguins, est souvent oblitérée par une substance amorphe, décolorée, par des cellules de pus et des microcoques longeant la paroi du vaisseau.

La paroi de la cavité utérine est dépourvue d'épithélium. A la surface du polype se trouvent des amas de cellules purulentes et des cocci libres ou contenus dans une cellule de pus. Le tissu conjonctif interglandulaire est en proie à l'infiltration purulente.

Le tissu du fibrome, en un point éloigné de l'abcès, est formé de faisceaux de fibres musculaires lisses, séparées par des stries de tissu conjonctif.

Obs. 40. — *Abcès multiples. — Hystérectomie. — Guérison* (Davis, *American Journ. of obstetrics*, 1895, t. XXXI, p. 155-161.

Température entre 38°9 et 37°3. Deux semaines après l'accouchement, laparotomie. Hystérectomie sus-vaginale. Porro. Guérison. Abcès sous-péritonéaux *dans le parenchyme*.

Obs. 41. — *Abcès du col utérin. — Endométrite septique. — Hystérectomie. — Guérison* (Mackenrodt cité par Brauserwetter in *Monatsschrift für geburtsh. und Gyn.*, t. VI, p. 534, 1897.)

Abcès de la lèvre antérieure du col pendant la grossesse.

Au troisième mois, avortement.

Cautérisation de l'abcès en vue d'éviter une infection.

La sécrétion du pus disparaît.

Mais onze jours après, il y a des hémorragies très abondantes.

Curettage.

Bientôt après frissons répétés et température élevée et ascensionnelle pendant trois jours. Albuminurie.

Délire.

Le soir à 11 heures, extirpation de l'utérus qui présentait le tableau éclatant de l'endométrite septique.

Deux heures après la température était normale.

La guérison évolua sans incident et la malade sortit guérie.

Obs. 42. — *Double abcès de l'utérus. — Phlegmon du ligament large. — Hystérectomie abdominale. — Mort.* (Observation inédite, service de M. de Dr Picqué.)

Femme entrée le 21 novembre 1908.

État clinique. — Utérus immobilisé, on sent le fond ; à droite et en arrière, grosse masse annexielle, à gauche, on sent également une masse qui paraît volumineuse et indépendante.

Diagnostic porté : Pyosalpinx double.

28 novembre 1908. — *Opération* (Dr Picqué et M. Vuillet). —

À l'incision, le fond de l'utérus se présente dans la plaie. De chaque côté, adhérences intestino-épiploïques lâches et faciles à détacher ; à gauche du pus épais vient sourdre au niveau du bord utérin. L'on constate par la suite qu'il s'agit d'un abcès de la paroi utérine ; en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, il s'écoule, au moment du détachement des adhérences, beaucoup de liquide couleur chocolat, puis de la sérosité purulente. On constate :

1° Un abcès de la paroi utérine (face postérieure) et un autre abcès du bord utérin opposé. Infiltration purulente du ligament large. Les annexes sont elles-mêmes peu malades. L'utérus est augmenté de volume et friable. Hystérectomie par le procédé américain. On constate en arrière l'appendice augmenté de volume et couvert de fausses membranes. On n'y touche pas. Hémostase difficile: 2 Mickulicz et un tube. Une compresse sur la tranche utérine. Décès le 29 novembre.

Obs. 43. — *Abcès multiples de l'utérus et pelvipéritonite. — Hystérectomie. — Mort (obs. inédite).*

Malade entre le 10 septembre 1910 salle Elisa Roy, à Lariboisière.

Diagnostic porté: appendicite avec plastron iliaque.

25 septembre.—*Première opération* (M. Villette et Dr Baudet).—Incision de Roux. Abcès rétrocaecal. Calcul stercoral. Pas d'appendicectomie.

Suites.—La température remonte après quelques jours et on voit apparaître peu à peu une collection vaginale qui n'avait pas été vue au début.

11 octobre.—*Deuxième opération* (Dr Grégoire, M. Villette).—Pelvipéritonite avec abcès multiples dans la paroi de l'utérus qui est gros (mais vide). Collection dans le Douglas. Les trompes sont saines. Hystérectomie subtotale. Décès le 13 octobre.

Note. — Les résultats de l'hystérectomie abdominale sont bien plus satisfaisants que ceux de l'hystérectomie vaginale. Sur 10 cas, presque tous complexes, traités par l'hystérectomie abdominale, 8 ont abouti à la guérison, 2 à la mort. Si nous ajoutons à ces cas ceux des observations LXIII et LXIV, d'hystérectomies secondaires, terminés heureusement, nous avons une mortalité de $16\frac{2}{3}$ o/o, ce qui est loin du chiffre de 75 o/o fourni par la vaginale.

SIXIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Laparotomie. — Drainage par la plaie abdominale des collections utérines incisées (voies intra ou sous-péritonéales)

Obs. 44. — *Abcès de l'utérus. — Laparotomie. — Évacuation de l'abcès. — Drainage. — Guérison* (J. A. Sampson, *the Amer. Journ. of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, t. XI, n° 3, mars 1910).

Une femme de quarante ans présente des signes d'infection puerpérale avec fièvre, après un accouchement normal datant de huit jours. Douleurs abdominales à droite, météorisme, rétention d'urine. L'utérus, très gros, remonte jusqu'au tiers supérieur de la ligne ombilico-pubienne. Il est douloureux à la pression, surtout à droite. L'utérus diminue peu à peu de volume sous l'influence du repos, de la glace et des injections. Quinze jours après, les douleurs persistant, l'intervention est décidée.

Laparotomie médiane. L'utérus est gros avec une tumeur fluctuante dans la corne droite à laquelle adhère l'appendice. Annexes normales. Deuxième incision en regard de la partie moyenne de l'arcade de Fallope et l'utérus est attiré par le ligament rond.

Évacuation de l'abcès par l'incision médiane, l'abcès se trouvant à la face antérieure de l'utérus. Drainage par l'incision latérale après incision du feuillet antérieur du ligament large près de l'abcès.

Examen du pus : streptocoques purs.

Guérison. La malade accouche normalement vingt mois plus tard.

Obs. 45. — *Abcès utérin, diagnostiqué pyosalpinx, ouvert et drainé par le ventre. — Guérison.* (Augustein. *Abcessus parieti uteri. Diss. Leiden*, 1893, résumée par A.-P. Sauvé.)

Femme de vingt-quatre ans, sans antécédents pathologiques, accouche le 24 septembre. Les quatre premiers jours des suites de couches, température élevée 40 degrés, pas de douleurs abdominales, abdomen mou, douloureux à la pression. Le septième jour, la malade se plaint de douleurs dans le ventre.

À l'examen, on constate une tuméfaction douloureuse. On applique une vessie de glace sur l'abdomen. Les douleurs dispa-

raissent, puis réapparaissent quinze jours après. Pendant ce temps la température était restée entre 38 et 39°6. On met encore de la glace et la malade reste ainsi jusqu'au 27 septembre. On porte alors le diagnostic de pyosalpinx blennorragique et l'on se décide à faire la laparotomie.

Au cours de cette opération, on ne constate aucune tumeur salpingienne ni ovarienne. Il y a des adhérences intestinales sur le côté gauche de l'utérus ; on les détache facilement. Le corps utérin est gros comme le poing ; sa moitié droite est plus grosse et plus dure au toucher, elle offre, en outre, un point fluctuant. On ponctionne. La ponction ramène du pus ; on curette l'abcès, on le bourre de gaze iodoformée en ayant soin de laisser passer une mèche à travers la paroi abdominale. Suites opératoires normales.

17 janvier. — La malade quitte la clinique, guérie.

Obs. 46. — *Abcès de l'utérus ouvert dans la cavité péritonéale. — Laparotomie. — Drainage par le Douglas, sans hystérectomie. — Fermeture de l'abdomen. — Guérison.* (Arnold Lea. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, février 1904, p. 159.)

M^{me} H..., VIII-pare, admise au Manchester Eye Hospital le 1^{er} mai 1903, simplement pour pouvoir nourrir son enfant atteint d'ophtalmie blennorragique. Elle s'était toujours bien portée et aucun de ses autres enfants n'avait eu de l'ophtalmie. Durant les derniers mois de la grossesse, elle avait eu des pertes jaunes abondantes qui ne furent pas soignées. L'accouchement fut facile et rapide ; elle fut assistée par une sage femme.

Une ophtalmie grave apparut sur les deux yeux de l'enfant, le cinquième jour. Rapidement, la cornée fut perforée et la vue de l'œil fut perdue. Durant la puerpéralité, son état demeure excellent jusqu'au douzième jour. Elle commença alors à souffrir beaucoup dans l'hypogastre, mais pouvait néanmoins se lever. Elle fut admise à l'hôpital trois semaines après la délivrance, et resta près de trois semaines se levant chaque jour dans la salle, mais elle affirme qu'elle avait des douleurs abdominales continuelles pendant ce temps. Aucune observation ne fut prise de son état et la température ne fut pas notée.

17 mai 1903. — Six semaines après la délivrance elle ressentit tout d'un coup une douleur violente dans le bas-ventre et fut prise

d'un grand frisson. La température s'éleva à $103^{\circ}6$ avec le pouls à 130. Je la vis tard dans la soirée. Elle était couchée, les genoux fléchis; son visage était anxieux. La température était à $103^{\circ}8$, le pouls à 132. L'abdomen était extrêmement sensible et distendu au-dessous de l'ombilic.

Par le toucher vaginal, l'utérus était volumineux et mou, légèrement mobile, antifléchi et très sensible. Aucune tuméfaction définie n'était sentie du côté des annexes, ni dans le Douglas.

Douze heures plus tard, l'état de la malade était encore pire. La température était à $104^{\circ}2$ F., le pouls à 146, la respiration gênée. L'abdomen était distendu en totalité; des vomissements étaient survenus dans la nuit et n'avaient pas cessé: ils étaient bilieux. La langue était sèche.

La laparotomie fut faite à 1 heure. Dès l'ouverture de l'abdomen on constata la présence du pus autour de l'utérus et entre les anses intestinales. En séparant les anses légèrement adhérentes au fond de l'utérus, il s'écoula 4 onces environ de pus épais. Le doigt fut introduit dans la cavité d'un abcès dans la paroi postérieure de l'utérus, 1 pouce au-dessous du fond. Celui-ci était de forme irrégulière avec des bords épais et infiltrés, et pendant l'examen, le doigt glissa jusque dans la cavité utérine.

L'ovaire droit et la trompe étaient normaux et vraisemblablement sains. Ils avaient cependant baigné dans le pus et étaient recouverts d'un exsudat jaunâtre.

Les annexes gauches étaient normales. Quant à l'utérus, comme il parut sain, il ne fut pas enlevé. On enleva l'ovaire et la trompe droits, pensant qu'ils pouvaient être infectés. Pendant toute l'opération la cavité péritonéale fut continuellement irriguée avec une solution de sérum.

La paroi postérieure du vagin fut incisée, et un large drain fut introduit par le Douglas.

La cavité de l'abcès fut bourrée avec de la gaze iodoformée ainsi que la cavité du Douglas, la mèche sortant par le vagin. L'abdomen fut refermé à l'aide de crins de Florence.

Les vomissements cessèrent presque immédiatement. La température oscilla entre 100 à 101 degrés F. pendant quelques jours, devenant normale le dixième jour. Elle alla à la selle le troisième jour. On fit des lavages par le drain deux fois par jour pendant une semaine, puis une fois seulement. La mèche de gaze fut enlevée le quatrième jour, le drain fut raccourci graduellement, et au bout de trois semaines fut enlevé définitivement.

Un examen récent (28 déc. 1903) montre que l'utérus est de volume normal, antéfléchi et mobile. Il n'y a pas de tuméfaction dans la région des annexes ni du côté du péritoine pelvien. La menstruation est régulière, non douloureuse et normale. La cicatrice abdominale est tout à fait solide.

Obs. 47. — *Abcès de l'utérus. — Épanchement péritonéal. — Laparotomie et drainage. — Ouverture de l'abcès par la cavité utérine. — Guérison* (Ricketts, *Abscess of the uterus in puerperal septicemia. The Cincinnati Lancet clinic.*, t. XL, 1898, p. 460).

Secondipare, vingt-cinq ans, accouchée le 12 mars. Huit jours après l'accouchement, septicémie puerpérale grave.

25 mars. — On constate dans le petit bassin, une tuméfaction à gauche. État général grave.

Laparotomie. Péritoine rouge foncé, la cavité abdominale contient environ un demi-litre de liquide ; adhérences de l'ovaire et de la trompe gauche qui ne contiennent pas de pus. On peut palper une masse située dans la paroi de l'utérus à gauche, au dessous de la trompe. On décide d'ouvrir l'abcès par la cavité utérine, et en déprimant l'utérus avec l'index et le médius de la main gauche, Ricketts ouvre l'abcès par la cavité utérine, après avoir introduit par le vagin l'index de la main droite à travers la cavité du col. Évacuation de 2 à 3 onces de pus. Lavage et tamponnement de l'utérus. Drainage de la cavité abdominale à la gaze iodoformée.

Soixante-douze heures après, la malade était hors de danger.

Obs. 48 à 55. — *Huit cas d'abcès de l'utérus, traités et guéris par l'incision et le drainage* (Noble G., *Intramural abscess of the puerperal uterus. Am. med. Ass.*, vol. XL, VIII n° 5, 1907).

En 1895, j'ai lu un rapport sur ce sujet devant l'Association chirurgicale et gynécologique du sud, dans lequel je détaillais 4 cas traités par l'incision et le drainage. Quatre guérisons.

Depuis cette époque j'ai eu 4 nouveaux cas.

Obs. 46 et 47. — *Deux cas d'abcès de l'utérus opérés par laparotomie. — Incision des abcès et drainage. — Guérison* (D^r Grégoire, obs. inédites).

M. Grégoire a opéré deux femmes présentant un abcès de l'utérus.

Dans ces 2 cas, il a pratiqué la laparotomie. L'incision des abcès et le drainage par la plaie opératoire abdominale.

Les deux opérations ont été suivies de guérison. Les observations n'ont pas été publiées.

Obs. 58. — *Abcès de l'utérus avec pyosalpinx et abcès d'un ovaire.* — Curettage de l'abcès utérin. — Drainage. — Guérison. (George H. Noble, *Southern Surgical and Gynecological Association*, Saint-Louis, 9 nov. 1897, in *Medical Record*).

Cas d'origine puerpérale.

Opération pratiquée à la fin de la seconde semaine. Une trompe purulente et abcès de l'ovaire gauche. Annexes droites normales.

Abcès de l'utérus du volume d'un citron : incisé, curetté, cautérisé à l'acide carbonique. La cavité s'étendait de la ligne médiane à la racine des annexes gauches.

Drain dans le Douglas. Guérison.

Note. — On ne dit pas ce qu'il advint des annexes. Il est probable que l'hystérectomie n'ayant pas été pratiquée, on fit l'ablation des annexes gauches.

Obs. 59. — *Vaste abcès de l'utérus.* — Ponction et excision d'une partie de la poche. — Drainage péritonéal. — Guérison. (Guido Cavazzani, *Grandi ascessi parenchimatosi dell'utero* (Obs. I), *Atti del R. Istituto Veneto di scienze lettere ed arti*, t. IX, série VII, 1897-1898).

S. A..., dix-huit ans, réglée à quatorze ans ; puis les règles furent suspendues pendant les trois années suivantes avant le début de la maladie actuelle ; celle-ci a débuté par de la fièvre, des douleurs abdominales, du météorisme, de l'anorexie, des vomissements, de l'augmentation de volume du ventre, du ténésme vésical, des mictions fréquentes et autres troubles qu'elle ne se rappelle pas bien.

Après une période aiguë, les symptômes s'amendèrent, mais il persiste une tuméfaction dans le bas-ventre et des souffrances qui depuis lors ne l'ont jamais abandonnée. Elle resta trois mois à l'hôpital et retourna chez elle incomplètement guérie, présentant

des diarrhées profuses; pendant très longtemps, elle eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation, puis, la fièvre apparaissant de nouveau, elle fut contrainte à rentrer une deuxième fois à l'hôpital, le 3 mai 1897.

Il existe une tuméfaction abdominale, particulièrement accentuée dans la région médiane inférieure, qui est très proéminente, surtout quand la malade est couchée. A la palpation, l'abdomen est mou, élastique, mais on trouve un corps arrondi, à surface lisse, commençant à trois travers de doigt de l'ombilic et s'étendant jusqu'au pubis.

Il n'est pas possible de séparer cette masse des organes abdominaux et pelviens, elle est absolument immobile. Le toucher rectal permet de reconnaître que le petit bassin est occupé.

La douleur exquise de la péritonite manque à la pression, mais les régions déclives dans le décubitus dorsal sont un peu mates et donnent en plus la sensation de flot superficiel qu'on ne doit pas confondre avec le flot de la tumeur. La température oscille entre 38 degrés et 39°5, avec rémissions intermittentes. Je fais le diagnostic de collection purulente enkystée.

6 mai 1897. — Laparotomie sous-ombilicale.

On voit aussitôt dans le fond un corps sphérique, rappelant par sa couleur, sa forme, son volume, un utérus gravide de six mois. Il était recouvert d'une lame péritonéale épaissie, de couleur rosée, légèrement adhérente, recouverte çà et là d'exsudats fibrineux à divers stades d'organisation. Tout autour, les anses intestinales étaient adhérentes. Parmi ces exsudats les uns étaient constitués par des franges en forme de cordon terminées par des vésicules remplies de liquide séreux; l'une d'elles un peu plus volumineuse contenait du pus.

La partie latérale et postérieure était très adhérente aux anses intestinales, si bien qu'il était impossible de passer la main derrière la tumeur et dans le pelvis, pour en retrouver le point d'origine; on fut donc obligé d'agrandir la plaie abdominale.

Des deux côtés de la tumeur on trouva les trompes et les ligaments ronds, si bien qu'on en conclut que la tumeur siégeait dans l'utérus. On fit une ponction: il s'écoula un pus crémeux, jaune, inodore. On attira ensuite les parois de la tumeur jusqu'à l'incision abdominale et on ouvrit l'abcès; il s'écoula alors 2 litres de pus.

On put ensuite s'assurer que la tumeur était endo-utérine, et qu'elle se continuait dans le corps et dans le col utérin.

La paroi qui entourait l'abcès, d'une épaisseur de 6 à 8 millimètres, de structure fibreuse compacte, lisse à l'extérieur, rugueuse à l'intérieur, présentait l'aspect macroscopique d'une paroi d'utérus grvide. L'abcès siégeait donc dans le mésomètre et avait séparé, disséqué les couches interne et externe.

Une partie de la poche fut excisée, le moignon fut suturé et drainé. Drainage péritonéal.

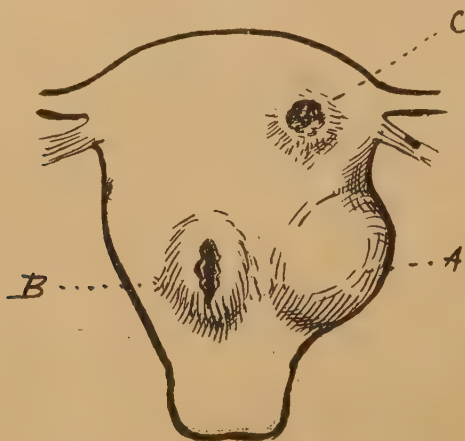
En deux mois la cavité de l'abcès se rétracta. Guérison.

Cette observation démontre clairement, dit l'auteur, la possibilité d'un abcès parenchymateux de l'utérus puisque ce dernier a été constaté par la vue et par le toucher.

Elle démontre également que l'abcès peut succéder à une métrite aiguë, évoluer lentement et durer presque un an sans tendance à se rompre dans aucune direction.

Obs. 60. — *Perforation utérine au niveau d'un abcès.* — *Autre abcès incisé après laparotomie.* — *Drainage.* — *Guérison.* (Observation inédite du service de M. le Dr Picqué.)

M^{me} M..., vingt-six ans, boulevard de Clichy, n° ..



Abcès de l'utérus et perforation utérine

A. — Abscès qui fut incisé et curetté par l'opérateur.

B. — Perforation utérine au niveau d'un abcès.

C. — Ulcération due probablement à l'ouverture spontanée d'un abcès.

Entre le 23 janvier 1907, salle Chassaingnac, à Bichat.

Au cours d'un curettage pratiqué, le 25 janvier, pour accidents

consécutifs à l'avortement, l'interne sent la curette pénétrer très profondément, l'injection d'eau oxygénée faite dans l'utérus ne revient pas. Le ventre se ballonne immédiatement. Disparition de la matité hépatique. Pouls filant. M. Picqué pratique de suite une intervention d'urgence.

Opération. — Dès l'incision de la paroi, des gaz et de l'eau oxygénée mousseuse sortent du ventre. Celui-ci est épongé systématiquement dans toutes les régions, y compris la région hépatique.

L'utérus est mis à découvert.

Au milieu de sa face postérieure : longue déchirure verticale de 3 centimètres environ. Suture par deux fils de catgut.

Au niveau de la corne utérine et sur le premier segment de la trompe, ulcération, due probablement à l'ouverture antérieure d'un petit abcès. Le stylet ne pénètre point dans l'utérus : un seul point de suture au catgut.

Le long du bord latéral droit de l'utérus, on constate un abcès qui soulève le feuillet péritonéal, au niveau duquel existe une coloration jaunâtre et de la fluctuation.

Incision, évacuation, curettage.

Drainage de cette cavité. Mickulicz dans le Douglas. Guérison.

Note personnelle. — Nous avons revu cette malade sept ans après l'intervention (janvier 1914). Elle est en parfaite santé.

Obs. 61. — *Abcès de la corne utérine et abcès paramétritique.* — *Laparatomie. Drainage vagino-abdominal.* — *Guérison.* (Dröse, *Ueber die Aufsuchung und Eröffnung vereiterter parametritischer Exsudate surch. Incision besw. Laparatomie. Archiv für Gynäk.*, Bd. 62, 1901, d'après Franqué.)

Primipare, dix-huit ans. Accouchements spontanés. Le troisième jour frisson et 38°8 de température; lochies d'une odeur pénétrante. Présence de streptocoques dans les sécrétions; lavage de l'utérus avec de l'alcool.

Le huitième jour abaissement critique à 36°5; pouls encore accéléré. Bon état général.

Le seizième jour, sans cause apparente, élévation de la température, présence de gonocoques dans les sécrétions. La fièvre continue.

Le vingt-troisième jour on constate, à gauche de l'utérus, une tumeur du volume d'une pomme, dure, un peu sensible et bosselée;

Le trente-quatrième jour empatement jusqu'au niveau de l'ombilic et derrière l'utérus.

Le trente-septième jour, laparotomie. On trouve l'utérus saillant sur la ligne médiane, l'épiploon enflammé et épaissi adhérent au fond de l'utérus. Pendant le décollement il s'écoule du pus derrière l'utérus ; dans la corne gauche, au niveau de l'origine de la trompe, existait un abcès qui était en train de s'ouvrir à travers la musculaire et la séreuse. Cul-de-sac postérieur libre.

Nettoyage. Drainage à travers le vagin et l'abdomen. Tamponnement du foyer purulent avec de la gaze. Drainage d'un abcès paramétritique. Guérison.

On ne peut pas conclure de cette observation, dit Franqué, si c'était une infection streptococcique, gonococcique ou mixte : le pus de l'abcès n'a pas été examiné.

L'abcès de l'utérus n'a pas été diagnostiqué, n'ayant pas déterminé de troubles jusqu'au vingt-troisième jour.

Obs. 62. — *Abcès de la corne utérine droite. — Laparotomie. — Évacuation de l'abcès par voie sous-péritonéale. — Drainage. — Guérison.* (J.-A. Sampson, *The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, t. XI, n° 3, mars 1910.)

Une femme de vingt-huit ans ayant accouché depuis six semaines (extraction au forceps d'un enfant mort) a de la fièvre et souffre de douleurs abdominales à gauche.

Laparotomie médiane. Annexes normales sauf quelques adhérences. Dans la corne utérine gauche, il existe une tumeur fluctuante à laquelle adhère le côlon sigmoïde. Nouvelle incision de la paroi au-dessus de la partie moyenne de l'arcade de Fallope. Sampson passe à travers les muscles, refoule le péritoine et, par l'intermédiaire du ligament rond, attire la corne utérine au niveau de la plaie.

L'abcès est ainsi incisé par voie sous-péritonéale, évacué et drainé. Fermeture de la plaie médiane. Les drains sont retirés progressivement. Guérison.

A l'examen du pus : streptocoques purs.

Obs. 63. — *Double abcès de l'utérus. — Péritonite diffuse. — Laparotomie. — Curettage des abcès. — Drainage. — Mort.* (Lepage, *Comptes rendus Soc. d'obst., de gyn. et de péd.* Paris, 9 mars 1903.)

Il s'agit d'une femme qui, trois jours après un accouchement normal, présente une ascension de température : 38 degrés le matin, 39 $\frac{1}{4}$ le soir avec douleurs abdominales.

Pendant quatre jours consécutifs, grandes oscillations. Douleurs de la fosse iliaque droite. Pression au niveau du fond de l'utérus indolore. Pas de fétidité des lochies, ni frissons.

Diagnostic : appendicite. Traitement.

Douleurs disparaissent. Température tombe en hypothermie pendant sept jours, puis frissons et poussées fébriles pendant deux jours.

Toucher vaginal. Utérus douloureux. Puis tendances syncopales sans syncopes vraies.

Refroidissement avec douleurs dans le bras et l'épaule droite. Ballonnement du ventre.

Pouls 100. Température 38 degrés.

Diagnostic : perforation de l'appendice.

Opération le lendemain (Walther). Laparotomie latérale droite, Péritonite diffuse, fausses membranes sur les anses intestinales, la trompe, l'ovaire, le bord supérieur de l'utérus sur lequel font saillie deux abcès en forme d'haltère. Curettage des abcès. Nettoyage du foyer de péritonite. Large drainage. Mort le lendemain soir. Pas d'autopsie.

Les résultats fournis par l'incision des collections suppurrées de la paroi utérine, leur évacuation et leur drainage par voie abdominale sont particulièrement intéressants et satisfaisants.

Sur 20 cas rapportés ci-dessus, un seul s'est terminé par la mort et il est probable que celle-ci fût survenue quel que fût le procédé employé. l'opération ayant été pratiquée en pleine péritonite diffuse.

Nous remarquons que la multiplicité des abcès n'est pas toujours une contre-indication à la simple évacuation avec drainage (Obs. LX).

Si nous rapprochons des 20 cas de ce groupe les deux observations suivantes, nous voyons que si après l'évacuation,

d'autres accidents se produisent, on a encore la ressource de pratiquer secondairement une hystérectomie.

En résumé, les 22 cas traités par l'incision ont fourni : 1 mort, 19 guérisons, 2 récidives traitées par l'hystérectomie avec guérison.

De tous les procédés employés, l'incision a donné les plus beaux résultats, puisqu'en ne tenant pas compte des deux récidives guéries par un autre procédé, on a une mortalité de 5 o/o et, en en tenant compte, une mortalité de 4,1/2 o/o. Il est juste d'ajouter qu'il s'agissait généralement de cas simples.

SEPTIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Cas pour lesquels après incision et drainage abdominal des abcès, il fallut secondairement pratiquer l'hystérectomie

Obs. 64. — *Abcès multiples de l'utérus. — Incision et drainage. — Amélioration. — Deuxième opération : Abcès de l'ovaire Hystérectomie. — Guérison.* (J. A. Sampson, *The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, t. XI, n° 3, mars 1911).

Une femme de vingt-six ans entre à l'hôpital trois mois après un accouchement terminé par extraction manuelle d'un enfant mort. Fièvre, douleurs abdominales. A l'examen, on trouve une masse volumineuse, occupant la partie droite du pelvis qu'elle déborde en haut. L'utérus est immobile et adhère à cette masse. La base des ligaments larges est indurée. Les culs-de-sac sont normaux.

Première opération. — L'épiploon est épaissi, adhérent à la paroi abdominale antérieure et à la vessie en avant de l'utérus. Ce dernier est enclassé entre la vessie, l'épiploon et les anses grêles. En le libérant, on ouvre différents foyers purulents enkystés, dont l'un communique avec la vessie.

Abcès sur la paroi utérine dont l'un au niveau de la corne



Abcès de l'utérus (V: obs. 65).

En haut : Cicatrice du premier abcès ouvert.

Au-dessous : second abcès pour lequel on pratiqua l'hystérectomie.

gauche. Incision des abcès apparents. Drainage par l'incision médiane de la paroi.

A l'examen de la paroi : streptocoque.

A la suite de cette intervention, amélioration sensible de l'état général et de l'état local.

Deuxième opération (un mois après). — Les organes sont libres, sauf l'ovaire droit adhérent à l'intestin et à l'épiploon et abcédé. Les veines ovariennes droites sont thrombosées. Hystérectomie sus-vaginale. Ablation bilatérale des annexes. Ligature du pédicule tubo-ovarien droit au niveau du détroit supérieur. Drainage abdominal. Guérison.

Obs. 65. — *Abcès de l'utérus.* — *Laparotomie.* — *Incision.* — *Drainage.* — *Rechute.* — *Nouvelle laparotomie* (Autres abcès). — *Hystérectomie.* La malade quitte l'hôpital en voie de guérison. Observation personnelle (Service de M. le Dr Picqué).

B... C... femme D... C..., vingt-quatre ans, née le 9 mai 1889. à D... (Nièvre), domiciliée à L... (Nièvre). Sans profession. S'occupe de son ménage.

Bons antécédents héréditaires et collatéraux : les père et mère sont en bonne santé (soixante-huit et soixante-quatre ans).

Trois sœurs et un frère bien portants. Ses trois sœurs sont mariées et mères de famille.

La malade a perdu seulement deux frères, morts en bas âge.

Son mari jouit d'une bonne santé.

Pas d'antécédents morbides personnels.

Au moment de son entrée à l'hôpital, (août 1913), est mariée depuis onze mois. Enceinte pour la première fois, aussitôt après son mariage.

On ne relève aucune affection génitale dans son passé. Elle n'a jamais eu d'affection abdominale douloureuse, de troubles menstruels, de pertes blanches, avant ou pendant sa grossesse. Seulement, à la fin de la gestation, elle aurait eu quelques petites pertes jaunes, tachant le linge.

L'accouchement (1) de cette femme a été long et laborieux, du lundi matin au mercredi soir, 9 juillet, où elle mis au monde un gros enfant de 8 livres. Il n'y eut pas d'application de forceps.

1. Tous les renseignements précédents et ceux qui suivent jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital, nous ayant été fournis par la malade, ne sont peut être pas d'une exactitude absolue.

L'accouchement fut aussitôt suivi d'une hémorragie très abondante avec syncopes qui nécessita la délivrance artificielle immédiate.

Seconde hémorragie, deux ou trois heures après la délivrance. Des lavages intra-utérins furent ensuite pratiqués deux fois par jour pendant une semaine, et les jours suivants furent remplacés par des injections vaginales.

La malade souffrait du ventre, surtout à droite.

Ce n'est que dix jours après son accouchement (19 juillet), qu'on pense à prendre sa température qui, jusqu'à son entrée à l'hôpital (20 août), varia entre 38°8 et 40 degrés lorsqu'on ne lui donnait pas de cachets.

On lui fit un abcès de fixation au niveau du flanc gauche. Cet abcès s'ouvrit spontanément au bout de trois jours.

10 août. — Les médecins qui soignaient la malade, firent venir en consultation un confrère qui prescrivit des injections de térébenthine (?) (2 cuillères dans un bock de 2 litres).

Elle n'eut jamais de vomissements, mais de fréquentes nausées. Jamais elle n'eut de ténésme vésical ou rectal.

Jamais de frissons.

Elle continue à nourrir son enfant pendant trente-trois jours.

20 août 1913, (quarante-troisième jour du post-partum), la malade entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Picqué, salle Élisabeth Roy.

Température 39 degrés. Pouls 105.

Le facies ne donne pas une trop mauvaise impression.

Le ventre est souple, mais très douloureux à l'examen.

À la palpation, on sent l'utérus remontant notablement au-dessus du pubis, et qui ne présente pas sa fermeté normale, mais semble mollassé.

La palpation de l'utérus est douloureuse.

Le toucher, combiné au palper, montre un utérus dont le col est encore ramolli, béant; cet utérus est gros et on sent en arrière une masse molle qui semble le porter un peu à gauche. Cette masse semble se fusionner avec l'annexe droite. Les annexes paraissent elles-mêmes augmentées de volume.

La malade n'est pas opérée dès son arrivée à l'hôpital, parce qu'elle est déprimée par un voyage assez long; (elle arrive de la Nièvre).

Pendant la nuit, vomissements abondants.

Le lendemain matin (21), la température s'élève à 39°6; le pouls à 130, est petit. Le facies est plus mauvais.

Localement, pas de changement appréciable.

On intervient d'urgence. L'opération est pratiquée par M. le professeur agrégé Grégoire que nous assistons : Laparotomie, incision médiane sous-ombilicale.

On trouve un utérus un peu gros dont la paroi postérieure bombe en une saillie nettement fluctuante. Il existe donc là, en pleine paroi utérine, une collection liquide.

On incise cette paroi postérieure, au niveau de la collection, (incision cruciale). On ouvre ainsi une poche bien limitée et l'ouverture donne issue à du pus bien lié. Ce pus est de couleur verte, ne contient pas de grumeaux ni de fragments de tissus sphacelés. Il s'agit, sans conteste, d'un véritable abcès. Cet abcès est à limites nettes et ne communique pas avec la cavité utérine. La quantité de pus peut être évaluée à 30 centimètres cubes.

On place un drain et deux mèches au contact de l'abcès.

La suture de la paroi abdominale est pratiquée en un plan (fils de bronze).

Le soir, la température tombe à 38 degrés. Pouls stationnaire.

22 août. — Température 37°6; pouls 120. Malade affaiblie, mais bon facies, pouls bien frappé. Soir, température 38 degrés; pouls 120.

23 août. — Température 37°6; pouls 104. Soir, température 37°8; pouls 102.

26 août. — Mèches retirées. Peu de pus.

Étant parti en vacances à la fin d'août, nous n'avons pas suivi la malade pendant tout le mois de septembre.

A notre retour, au commencement d'octobre, nous la trouvons en parfait état. La température et son pouls sont normaux. Le drain est depuis longtemps retiré et la cicatrice en parfait état. Localement, toute souffrance est disparue.

Le départ de la malade est fixé à la fin d'octobre, lorsque, brusquement, sa température remonte à 39°8 alors qu'apparaissent des douleurs dans le bas-ventre. Nausées.

22 octobre. — En présence de cette aggravation subite, notre maître, M. le Dr Picqué, décide d'intervenir de nouveau immédiatement. Il est assisté de notre collègue Bloch.

Une laparotomie prudente est pratiquée. On arrive sur des anses agglutinées et indécollables. Un gros abcès est ouvert et drainé sans que l'on puisse voir le fond de l'utérus.

On n'essaie pas de poursuivre plus loin l'intervention.

La douleur et la température persistant, M. Picqué pratique une troisième intervention (assistants MM. Liné et Roy).

Incision de la cicatrice ; on pénètre dans le péritoine : deux anses grêles adhèrent très intimement au niveau du trajet.

Libération très difficile.

Les anses sont alors protégées.

Le fond de l'utérus est mis à découvert. Adhérénces à la face postérieure de l'utérus.

Libération très difficile des deux annexes qui retiennent l'utérus très profondément.

L'annexe gauche est libérée la première. Ligature de l'utérine de ce côté.

Section à l'américaine.

Le pédicule droit est lié ainsi que l'artère utérine.

Suture du pédicule utérin.

Deux Mickulicz.

Examen de la pièce. — Au niveau de la face postérieure de l'utérus, dans la moitié inférieure du corps, abcès entouré d'une coque fibrineuse. Cet abcès est bien limité, n'est pas ouvert à l'extérieur et ne communique pas avec la cavité utérine.

Au-dessus de cet abcès, on voit encore la trace de l'incision du premier abcès.

Annexes paraissent saines.

Suites opératoires. — La malade entre en convalescence. La fièvre disparaît, le pouls est normal. La malade reprend des forces et s'achemine vers la guérison, mais, pour raisons personnelles, quitte l'hôpital sans être complètement rétablie, malgré les conseils qui lui sont prodigués.

Note. — Cette observation semble plaider en faveur de l'hystérectomie immédiate au cas d'abcès utérin. Au cours de la deuxième opération, on a trouvé un abcès entre les anses intestinales qui ne communiquait pas avec le second abcès utérin, non encore ouvert dans l'abdomen lorsque fut pratiquée la troisième intervention. Nous supposons que les symptômes fébriles et douloureux furent alors peut-être

la conséquence de la suppression trop rapide du drainage après l'incision du premier abcès.

En tout cas, le deuxième abcès nécessitait une intervention nouvelle.

Nous voyons d'après les deux cas précédents (obs. LXIV et LXV) que la possibilité d'un deuxième abcès futur et ignoré ne doit pas faire pratiquer d'emblée l'hystérectomie.

D'ailleurs nous avons rapporté ci-dessus des cas de collections multiples guéries par l'incision sans hystérectomie.

Les deux dernières observations citées ici montrent qu'en cas de récurrence, on aura toujours la ressource de pratiquer l'hystérectomie, après avoir tout fait pour garder à la femme ses organes reproducteurs (D'ailleurs la malade de notre dernière observation désirait vivement conserver son utérus et ses ovaires dans l'espoir d'une maternité nouvelle).

CONCLUSIONS

Les collections suppurées de la paroi utérine sont très rares mais existent.

Elles peuvent siéger en tous les points de la paroi utérine, mais se rencontrent surtout sur le corps de cet organe dans la région du fond et à la face postérieure.

Elles siègent dans la paroi musculaire, à distance variable de la séreuse ou de la muqueuse auxquelles elles peuvent devenir directement sous-jacentes. Elles sont uniques dans les deux tiers des cas.

L'augmentation de volume de l'utérus les accompagne généralement ; fréquemment, il y a annexite concomitante, simple ou double.

Elles surviennent généralement pendant l'âge moyen de la vie, sont le plus souvent consécutives à un avortement ou à un accouchement ; les manœuvres obstétricales (forceps, version, basiotripsie) favorisent leur apparition à laquelle la blennorrhagie prédispose. Cependant il existe des collections suppurées utérines (particulièrement abcès tuberculeux), chez des filles vierges.

Les collections suppurées du parenchyme utérin peuvent

être dues à la suppuration d'une tumeur utérine (fibrome, kyste), d'un vaisseau lymphatique, d'un sinus veineux.

Les microbes habituellement en cause sont le staphylocoque, le streptocoque et le gonocoque, rarement le bacille de Koch.

Les symptômes sont variables et peu caractéristiques. Parfois l'apparition est brusque pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement ou l'avortement : frissons petits et répétés, nausées, température élevée, pouls rapide. Apparition d'une violente douleur hypogastrique à siège remarquablement fixe. Ténésme rectal et vésical. Quelquefois les symptômes généraux (prostration, température peu élevée contrastant avec un pouls très rapide), attirent seuls l'attention. D'autres fois, ils n'existent pas et certains abcès à allure chronique se manifestent par des douleurs répétées de la région utérine de la dysménorrhée, des troubles vésicaux ou rectaux.

La palpation abdominale est généralement douloureuse au niveau de l'utérus.

L'examen au spéculum permet de reconnaître un abcès de la portion vaginale. Le toucher montre la *mollesse et la béance du col*. Parfois, le doigt introduit à travers le col permet de reconnaître un abcès sous-muqueux. L'exploration bimanuelle montre une *collection juxta-utérine* coexistant souvent avec une augmentation de volume de l'utérus. *L'ensemencement du sang est stérile généralement.*

En somme, le diagnostic est à peu près impossible. On pense généralement à un pyosalpinx.

Le *pronostic est fort grave*. Abandonné à lui-même, l'abcès utérin s'ouvre dans la cavité péritonéale et amène ainsi la mort.

Il peut s'ouvrir dans un organe voisin (vessie, rectum) ou à la peau. Quelquefois cette ouverture a amené la guérison. Plus favorable est l'ouverture dans la cavité utérine.

Mais on ne peut guère compter sur ces terminaisons heureuses, exceptionnelles.

L'asepsie au cours de l'accouchement et des suites de couches, la réduction du nombre des manœuvres obstétricales pourront faire souvent éviter l'apparition des abcès utérins.

Ces abcès constitués pourront rarement être incisés par le vagin (abcès du museau de tanche, abcès sous-muqueux facilement accessibles).

Pour les autres abcès, la *voie abdominale* seule doit être employée. La colpotomie n'est pas suffisante et présente des dangers. Il existe souvent plusieurs poches (utérines ou annexielles) et on peut ne pas les ouvrir toutes. Les résultats fournis par l'hystérectomie vaginale sont peu encourageants. Les hystérectomies vaginales pratiquées au cas d'abcès utérin ont fourni une mortalité de 75 o/o.

C'est donc à la laparotomie qu'on s'adressera de préférence, *Si l'abcès paraît unique et ne s'accompagne pas de lésions annexielles, on pourra faire une opération conservatrice et se contenter d'inciser l'abcès, de l'évacuer et de drainer par la plaie abdominale.* Ce procédé donne une mortalité qui atteint à peine 5 o/o. Mais si un second abcès n'a pas été vu ainsi qu'une lésion annexielle coexistante on sera peut-être contraint de pratiquer secondairement l'*hystérectomie*.

C'est cette opération, par voie abdominale, qu'on pratiquera d'emblée si la femme a atteint l'âge de la ménopause, si les

collections utérines sont multiples ou accompagnées de lésions des annexes. L'hystérectomie abdominale pratiquée pour abcès utérins a donné une mortalité de 16,66 o/o bien inférieure à celle qu'a fournie l'hystérectomie vaginale.

Vu : le Président de la thèse,

• RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALTERTHUM. — Hegar's Beiträge zur Geburtschülfe und Gynäkologie. Leipzig, 1898, p. 54.
- ANDÉRODIAS et LOUBAT. — Revue mēnsuelle de Gyn. d'Obst. et de Péd., 1912, p. 428.
- ASHFORD. — Metritis. Report of Columbia Hospital for Women. Washington D. C., 1873.
- Report of section diseases of females at Columbia Hospital dispensary, p. 252.
- ASTRUC. — Theoret. prakt. Abhandlungen von den Frauenzimmerkrankheiten aus dem Franz von C. F. Otto, t. II, p. 140, nota. Dresden, 1770.
- AUCLAIR. — Suppuration de l'utérus (Bull. Soc. anat., 1893, p. 88).
- AUGUSTEIN. — Abscessus parietis uteri. Inaug. Diss. Leiden, 1893.
- BAKOWSKI (T.). — Wielki ropień macicy z przebicciem się do jamy tejże, wyzdrowienie (Énorme abcès de l'utérus ouvert dans la cavité de l'utérus. Guérison.) (Traduit in Internat. Klin. Rundschau. Wien, 1891. V. n° 47 et dans Frauenarzt. Berlin, 1892, VII, p. 111).
- BAR (P.) et JEANNIN (C.). — Absès de l'utérus (in la Pratique de l'art des accouchements de Bar, Brindeau et Chambrelent).
- BARBOUR. — Voir Hart.
- BAROWSKI. — Der Frauenarzt, 1894, p. 111.
- BARNES (R.). — Traité clinique des mal. des femmes (traduction franç. par A. Cordes. G. Masson. édit. Paris, 1876, p. 430).
- BARTHOLINI (Th.). — Historiarum anatomicar rariorum centurio, 1, 2 et 3, p. 156. Hafniæ, 1654.
- BATES (J.-M.). — A case of intramural abscess of the Womb (Tr. Maine med. Ass. Portland, 1869-1870, p. 159).
- BÉHIER. — Clin., 1864, p. 670, obs. XXXII.

- BERRY. — Case of uterine abscess (Memphis med. Record, 1854, t. II, p. 65).
- BIRD. — Case of abscess in the walls of the uterus communicating with the rectum (the Lancet, 1842-1843, t. I, p. 645).
- BOLDT. — Abscess of the uterus, puerperal pyosalpinx and intraperitoneal abscess (Proceeding of the N. Y. pathol. Soc., 1888, p. 89. N.-Y., 1889).
- BONAMY. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. Thèse de Paris, 1899.
- BRAUSERWETTER. — Monatsschrift für Geburtsh. und Gyn., t. VI, p. 534, 1897.
- BRINDEAU. — Abscess of the uterus (Bull. Soc. Obst. de Paris, 1901).
- BRISSAUD. — Étude sur les tuberculoses locales (Archives générales de Médecine, 1880).
- BROUARDEL. — Thèse de Paris, 1865.
- BROWN (JOHN). — Abscess of the uterus (Dublin Journal of méd. Sciences, t. VI, p. 34, 1834).
- BUCKINGHAM. — A case of uterine abscess (Tr. Colorado méd. Soc. Denver, 1879, p. 77-79).
- BUDIN. — Société obstétricale de Paris, 1901. séance du 4 juillet.
- CAVAZZANI. — Grandi ascessi parenchimatosi dell utero atti del R. Istituto veneto di Scienze (Lettere ed Arti Venezia, 1897-98, t. IX, s. VII).
- CHAMPETIER DE RIBES. — Compte rendu Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. Paris 9 mars 1903.
- CHAMPIONNIÈRE (J.-L.). — Abscess of the uterus chez une femme morte de péritonite. (Bull. Soc. Anat. 1869, p. 195. et 458-60, 2^e série, t. XIV).
- Lymphatiques utérins et lymphangite utérine, Thèse de Paris 1870.
- CHANDELUX. — Lyon médical, 1888, t. LIX, p. 92.
- CHAPMAN. — An abscess in the muscular walls of an unimpregnated uterus (Med. and surgical Reporter. Philad 1862-63, t. IX, p. 305-307).
- CHASSAIGNAC (E.). — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, t. II, p. 453-455. Paris, 1859.
- CHÉRON. — Soc. Obst. de France, 1901.
- CHOMET. — Abscess in the walls of the uterus par suite d'une chute faite au sixième mois de la grossesse ; saillie de la tumeur après l'accouchement ; ponction de l'abcès ; guérison (J. de conn. méd. prat. Paris, 1833-1834, t. I, p. 77).

- CHURCHILL. — Traité des mal. des femmes. Trad. franç. Baillière et fils. Paris, 1866, p. 322 et 733.
- CLIVI. — Storia di un vasto ascesso uterino (L'Ippocrato, 1872, série III, t. XXII, p. 65).
- CORNIL. — An. path. des métrites (J. des conn. méd., Paris, 1888, p. 107-196).
- Sur la tubercul. des muq. considérée comme porte d'entrée du virus tubercul. (Congrès pour l'étude de la tub. chez l'homme et chez les animaux, première session, 1888, premier fascicule. Paris, Masson, 1889, p. 258-264).
- CORTE. — V. Liebold's (Journal f. Geburtsh, t. VIII, H, 2, p. 487).
- COURTY. — Traité pratique des mal. de l'utérus, des ovaires et des trompes. Asselin et C^{ie}, édit. Paris, 1884, t. II, p. 801 et 906.
- Art. métrite (Dict. des Sc. méd. 1873).
- COUSYN. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus et des annexes. Th. de Paris, 1903.
- CULLINGWORTH. — Am. gynecol. Transactions, vol. XVIII, 1893, p. 434.
- DAVIS. — Am. Journ. of Obstetrics, 1895, t. XXXI, p. 155-161.
- DELBET (P.). — Des métrites (in Traité de Chirurgie S. Duplay et P. Reclus).
- DEPAUL. — Bull. de l'Acad. de Méd., t. XIX, p. 638, Paris, 1854.
- DOBROKLONSKY. — Note sur le développement de la tuberculose après l'introduction dans l'organisme des bacilles tuberculeux par le tube digestif et par le vagin. (Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, 1^{re} session, 1888, 1^{er} fascicule, Paris, Masson, 1889, p. 265-268).
- DOEDERLEIN. — Die Entzündungen der Gebärmütter (Veit's Handbuch der Gynak., t. II, p. 303, Wiesbaden, 1897).
- DROESE. — Ueber die Aufsuchung und Eröffnung vereiterter parametritischer Exsudate durch incision bezw. Laparotomie (Archiv. fur Gynak. Bd. 62, 1901).
- DUBRISAY (L.) et JEANNIN (C.). — Précis d'accouchement.
- DUPLAY (voir Follin).
- EDWARDS. — A case of puerperal mania and metritis terminating in abscess. (The Lancet, 29 août 1885, t. II, p. 385).
- FINNELL. — N.-Y. pathological Society, 11 oct. 1871.
- FISCHEL (W.). — Uterus abscess bedingt durch partielle. Nekrose eines intramuraten Fibromyoms, etc., Prager med. Wochenschr., t. XI, p. 177, 12 mai 1886.
- FITZPATRICK (J.-R.). — Abscess of the uterus; opening through the umbilicus. Med. Press. and Circ. London, 1887.

- FOLLIN et DUPLAY. — Path. ext., I. 7; métrite parenchymateuse.
- FRANQUÉ (Otto). — Abcès de l'utérus (Sammlung Klin. Vorträge, n° 316, octobre 1901).
- FRANZ. — Abcès de l'utérus (Zeitschrift für Geburtschülfe und Gynäkologie zu Berlin, fasc. 2, t. LXX, p. 668).
- FRITSCH. — Die Lageveränderungen und Entzündungen der Gebärmutter (Handbuch der Frauenkrankheiten von Billroth und Luche, 2^e édit., t. I, p. 897, 1885).
- Die Krankheiten der Frauen, 9^e aufl., p. 188, 1900. Traduct. franç. Sta Maloine, édit., 1902.
- FRORIEP'S. — Notizen, t. XXV, p. 32.
- GALLARD (T.). — Leçons clin. sur les mal. des femmes. Paris, 1879.
- GENDRIN. — Histoire anat. des inflammations, t. II, p. 206. Paris, Béchet Jeune et Gabon et C^{ie}, édit., 1826.
- GIOVANNI GUZZO (de Naples). — Bull. Soc. Anat. de Paris t. XXII, 1847, p. 33.
- GRAMMATIKAT (J.-N.). — Les abcès de l'utérus (K. Vopr. o narivach Matki, Saint-Petersbourg, 1886, VII, p. 253 et 256).
- GROSSE. — Les grossesses compliquées de fibromes. Thèse de Paris, 1902.
- GUZZONI DEGLI ANCARANI. — Tuberculosi primitiva dell'utero et suoi rapporti collo. tub. generale (Rivista di ostetricia e gynecologia. Torino, anno I, 1890, n°s 21 et 22).
- HART et BARBOUR. — Manuel de Gynécologie. Traduct. franç., 1886, p. 350.
- HEUTZSCHELL (Arthur). — Ueber uterusabszess und die Fähigkeit der Gonokokken, Bindegewebe und muskulatur eitrig einzuschmelzen (Inaug. Dissert. Leipzig, 1901).
- HERMAN (G.-E.). — Abscess apparently of uterine wall; discharge through umbilicus; recovery (Obst. J. Gr. Brit. London, 1877, V, p. 452-454).
- HERVEZ DE CHÉGOIN. — Abcès dans l'épaisseur du fond de la matrice avec développement énorme des fibres charnues (Soc. imp. de Chirurgie, 2 déc. 1858, p. 451. — Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir., 1868, p. 811).
- HERVIEUX (E.). — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales suites de couches. Paris, 1870.
- HUSS. — Medic. Beobachtungen a. d. kgl. Seraphinenhospital zu Stockholm (V. J. 1836, Anal. in Schmidt's Jahrbücher, t. XXII, p. 91, 1839).

- HUSSON. — Abscès enkysté de la cavité utérine. Oblitération du col (Bull. Soc. anat., 1834, IX, p. 48).
- JACOBI. — Effet narcotique produit par l'administration d'une forte dose de seigle ergoté pendant l'accouchement. Inflammation consécutive de la matrice, terminée par un abcès qui s'ouvrit spontanément au bas-ventre (Archives méd. de Strasbourg, t. I, p. 353, 1835).
- JEANNIN. — Voir Dubrisay, Bar.
- KALTENBACH. — Centralblatt für Gynäkologie, 1885, p. 677.
- KIRKPATRICK (J.-R.). — Abscès de l'utérus s'ouvrant à travers l'ombilic (The Dublin Journal of medic. Science, 1887, t. II, p. 152).
- KIWISCH. — Klinische Vorträge über spec. Path. u. Therder Krankheiten des weibl (Geschlechts, t. II, p. 304, 2^e édit. ; Prag. 1852).
- KLOB. — Path. anat. d. weibl. (Sexualorgane, Wien, 1864, p. 211).
- KUSS. — La Gynécologie, 13^e année. Paris, 1906, p. 501.
- KUSTNER. — Lage u. Bewegungsanomalien des Uterus (Veit's Handbuch der Gynäk, t. I, p. 190, Wiesbaden, 1897).
- LADOS. — Abscès développé dans le tissu utérin (Annales d'oculistique et de gynécologie et Gaz. méd. de Paris, 1839, p. 605).
- LAWSON-TAIT. — Diseases of Women and abdominal surgery, t. I, p. 122 (Leicester et Philadelphia, 1889).
- LEA. — The Journal of obst. and gyn. of the British Empire, fév. 1904, p. 159.
- LEPAGE. — Comptes rendus de la Soc. d'Obst., gyn. et péd., 9 mars 1903.
— Voir Ribemont-Dessaignes.
- LETULLE. — Tubercul. pulm. Lésions tubercul. de l'utérus et des trompes (Bull. Soc. Anat., 1878, 4^e série, t. III, p. 333).
- LIEUTAUD. — Hist. anat. med., obs. 1399 (Rousset). Mélange des curieux de la nature, obs. 1454.
- LINÉ (Ch.). — (V. Picqué).
- LONGE. — Bull. Soc. anat. de Paris, 1856.
- LOUBAT. — (V. Andérodias).
- MACDONALD. — Report of a case of metroperimetritis ending in abscess of the uterus (Edinburgh med. Journ., 1880, p. 874).
- MARTIN (Aug.). — Berliner Beits. z. Geb. u. Gyn. III, 1873, p. 33.
— Traité clin. des mal. des femmes (Traduct. franç. par H. Varnier et Fr. Weiss. Paris, G. Steinheil, 1889).

- MARTINEAU. — Traité clin. des mal. de l'utérus et de ses annexes. Germer, Baillière et C^{ie}, Paris, 1878.
- MAURICEAU. — Obs. sur la grossesse et l'accouchement des femmes, t. II, cas 254, p. 211, Paris, 1728.
- MAYRHOFER. — Die akuten Metritiden (Handbuch der Chirurgie, von Pitha und Billroth. Bd IV, Abth IA, 1878-1882, Abschnitt, IX, 2, p. 176).
- MEISSNER. — Die Frauenzimmerkrankheiten, t. I, p. 928, Leipzig, 1842.
- MENGE. — Bakteriologie d. weibl. Genitalkanals, 1^{re} partie, p. 226, Leipzig, 1897.
- MERCADÉ. — Kystes et abcès de l'utérus. Th. de Paris, 1906.
- MOTTE (de la). — Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature (Paris, 1765, t. II, p. 1243).
- MOUCHOTTE. — Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post abortum. Th. de Paris, 1903.
- MURAT. — Dict. des Sc. méd. par une Soc. de méd. et de chir. Panckouke édit., 1819.
- MURPHY (J.-A.). — Report of a case of abscess in the pregnant uterus, occurring in the Commercial Hospital (West Lancet Cincin., 1848, VII, 199-204).
- Ovarian dropsy : enlargement of the uterus with malignant disease : abscess in the posterior wall rupturing and causing death (West Lancet Cincin., 1852, XIII, 215-221).
- NAUMANN. — Von den Krankheiten der Menschen, t. I, Berlin, 1836.
- NIVERT. — Abcès du fond de l'utérus (Bull. Soc. Anat. 1862, XXXVII, p. 168-171).
- NOBLE (G.-H.). — Report of four cases of abscess of the uterus (Southern Surgical and Gyn. Association, Saint-Louis, novembre 1897. — Anal. in med. Record, N.-Y., 1897, p. 829. — Anal. J. obst., N.-Y., 1898, p. 25).
- Intramural abscess of the puerperal uterus (Journ. of amer. med. ass. vol. XLVIII, n° 5, 2 février 1907).
- ORTH. — Lehrbuch der spec. path. Anat., t. II, 1^{re} partie, p. 441 et 454, Berlin, 1893.
- PENROSE. — Bilateral abscess of the uterine walls. Ex. of the section ou gyn. of the college of Physic. of Philadelphia t. Am. J. of obstetrics, t. XXXII, p. 292, 1895. — Am. Journ. of obstetrics, 1896, I, p. 673-681.
- PETTIT (A.). — (V. Pichevin).

- PICHEVIN (R.) et PETTIT (A.). — Abscès de l'utérus (Sem. gyn., 1896, p. 98-100).
- PICQUÉ (L.) et LINÉ (Ch.). — Abscès d'origine puerpérale dans la paroi des utérus fibromateux. Hystérectomie. Guérison (Bull. Soc. Obst., Paris, 1905, p. 323).
- PICQUÉ (L.). — Des indications de l'hystérectomie abdominale dans le traitement de l'infection puerpérale récente. Présentation de pièces anatomiques (Bull. Soc. Obst. Paris, 1901. t. V, p. 145 et suivantes).
- PINEL. — Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine, t. II, p. 286. Paris, 1803, et p. 435, t. II. Paris, 1807.
- PORTAL. — Cours d'anat. méd., t. V, p. 518-520. Paris, 1803.
- POZZI. — Traité de gynécolog. clinique et opérat., p. 150.
- RAIMANN, REIMANN, REINMANN. — Siehe Weinrich in Voigtel's Handbuch d. Path. Anat., etc. Halle, 1805, p. 474.
- RECLUS (P.). — De l'infection tub. par voie génitale (Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir., 1885, p. 134-137).
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'Obstétrique.
- RICHELOT (L.-G.). — Chirurgie de l'utérus. Paris, Doin, édit., 1902.
- RICKETTS. — Abscess of the uterus in puerperal septicæmia (The Clin. Lancet, clin., t. XL, Neue Folge, 1898, p. 460).
- SAMPSON (J.-A.). — The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children, t. XI, n° 3, mars 1910.
- SAUVAGE (C.). — Lésions et traitement des ruptures utérines pendant le travail. Paris, 1902.
- SAUVÉ (A.-P.). — Abscès puerpéraux de l'utérus. Thèse de Bordeaux, 1908.
- SAXINGER. — Ueber krankheiten des Uterus (Prager Vierteljahresschrift, t. XXIII, p. 131).
- Lehrbuch der Krankheiten der weibl. Sexualorgane, 5^e édit., p. 224. Wien., 1875.
- SCANZONI. — Traité des mal. des organes sexuels de la femme. Trad. franç., 1858, p. 148.
- SCHRÖDER. — Hofmeier. Handbuch. des Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane, 9^e édit., 1889.
- Maladies des org. génit. de la femme (Trad-franc. par E. Lauwers. Paris Steinheil 1890.)
- SCHWARTZ. — Comptes rendus de la Soc. d'Obst., Gyn., Péd., 6 avril 1903.
- Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet, t. X, p. 632.

- SEUX. — Bull. de la Soc. imp. de méd. de Marseille, 1862, p. 87.
- SINÉTY (de). — Dict.encycl.des Soc.méd.de Dechambré et Lereboullet 1886.
- SMIRNOFF. — Abscèss i utéri. Finska läk-sällsk handl. Helsingfors. 1873, XV, 260-265.
- STINSON. — N. Y. médical Record, 1897, p. 203-207.
- STIRTON (J.). — Posterior utérine abscess (Glasgow méd. J. t. XVI, p. 356, 1881).
- STORER. — Abscess confined to the uterine parietes (Boston méd. and. sing. Journal 1864, t. XX, 69-71).
- STRAUSS et SANCHEZ TOLEDO. — Recherches microbiologiques sur l'utérus après la parturition physiologique. (Ann. Inst. Pasteur, 1888, t. II, p. 426).
- SWIETEN (VAN). — Commentaria in H. Boërhavii aphorismos de cognoscendis et curandis morbis, t. IV, p. 621, 2^e édit. Ludg. Batav. 1770).
- TAIT. — (V. LAWSON).
- TISSIER. — (L.) Discussion sur le trait. de l'inf. puerpérale par l'Phys-térect. abdom : (Bull. Soc. Obst. de Paris, 1902 t. V., p. 145 et suivantes.
- TOLEDO SANCHEZ. — (V. STRAUSS).
- TURENNE. — La Gynécol. t. III, 1898, p. 105.
- VAUCOURTLAND. — Case of abscess of the muscular tissuse of the body and fundus of the uterus ending favourably by external opening. (Canada Med. Journal, Montréal 1852-53, I, 6.)
- VERNEUIL. — Hypoth. sur l'origine de cert. tub. génit. des deux sexes (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir., 1885).
- VOIGTEL. — Handbuch d. Path. anat., t. III, p. 474. Halle, 1895.
- VREELAND — Med. Record, 2 novembre 1885, p. 514.
- Med. Record, 1871-1872, p. 402.
- WALTHER. — Monatsschrift für Geb. u. Gyn., 1897, t. VI, n° 1, p. 1.
- WEILL. — Lyon médical, 1888, t. LIX, p. 92.
- WEINRICH — Ausguze medicinisch-chirurgischen Beobachtungen aus den neuen Schriften des Kaiser Akademie der naturforscher, 2^e partie, p. 233. Nurnberg, 1790.
- WENZEL. — Ueber die Krankheiten des Uterus, p. 52.
- WINCKEL. — Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 2^e édit. p. 547. Leipzig, 1890.
- ZIEGLER — Lehrbuch der path. Anat., 6^e édit., 1890, t. II, p. 805.

Imp. de la Faculté de Méd., H. Jouve et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris — 2549-14

